

**'N MAATSKAPLIKEWERK-
HULPVERLENINGSPROGRAM VIR
VOLWASSE BRANDWONDPAZIËNTE
WAT ALKOHOL MISBRUIK**

deur

Wilhelmina Carolina Steenkamp



**Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir
die graad van Magister in die Lettere en Wysbegeerte aan die
Universiteit van Stellenbosch**

Desember 1992

Studieleier: Prof. N.J. Botha

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander Universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.

Datum: 12 Februarie 1993

OPSOMMING

Die doel van die studie was om 'n hulpverleningsprogram te skryf vir brandwond pasiënte wat alkohol misbruik. Ten einde die hulpverleningsprogram te skryf, is 'n literatuurstudie gedoen oor die psigososiale ondersteuning van die brandwond pasiënt en die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. 'n Empiriese ondersoek is ook gedoen om die insidensie van alkoholmisbruik by brandwond pasiënte van die Tygerberg-hospitaal te bepaal en om die aard van die pasiënte se alkoholverwante probleme, hulle maatskaplike omstandighede en bestaande hulpverleningsprogramme te beskryf.

Die steekproef is verkry deur alle volwasse pasiënte wat agtereenvolgens vanaf 21 Maart 1992 tot 19 Junie 1992 tot die brandwondeenheid toegelaat is, by die studie te betrek. Gedurende hierdie tydperk is 79 volwasse pasiënte tot die eenheid toegelaat. Ses en twintig pasiënte is uitgesluit van die studie weens vroeë ontslag (elf pasiënte), taalprobleme (vyf pasiënte) en sterftes (tien pasiënte). Op hierdie wyse is 53 proefpersone verkry.

Daar is hoofsaaklik gebruik gemaak van gestruktureerde onderhoude om inligting in te samel. Die eerste deel van die onderhoudskedule is met al 53 proefpersone behandel. Dit het bestaan uit identifiserende inligting en 'n vraelys wat ontwerp is om alkoholafhanklikheid te identifiseer. Vir hierdie doel is gebruik gemaak van die *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer 1971). Alkoholafhanklikheid is sodoende by 30 van die pasiënte geïdentifiseer. Die res van die onderhoudskedule het gehandel oor die aard van die pasiënte se alkoholverwante probleme, hulle houding teenoor afhanklikheid en hulpverlening en oor hulle maatskaplike omstandighede en is met hierdie 30 pasiënte behandel. Inligting oor bestaande hulpverleningsprogramme is bekom deur vraelyste aan die spesialiteitsorganisasies en inrigtings in die Wes-Kaap wat hulpverleningsprogramme vir afhanklike persone aanbied, te stuur.

Die belangrikste bevindinge was dat daar 'n hoë insidensie van alkoholafhanklikheid by brandwond pasiënte is, dat pasiënte hoofsaaklik oor naweke alkohol misbruik, dat baie van die pasiënte vorige alkoholverwante beserings opgedoen het, dat 'n groot persentasie van die pasiënte hulle huidige brandwondbesering toeskryf aan die feit dat hulle onder die invloed van alkohol was toe hulle die besering opgedoen het, dat die pasiënte uit swak maatskaplike omstandighede kom en dat die brandwondbesering vir die pasiënte 'n krisissituasie skep, waartydens hulpverlening vir alkoholafhanklikheid geïnisieer kan word.

Die hulpverleningsprogram wat geskryf is, is gebaseer op die literatuurstudie en bevindinge wat uit die empiriese ondersoek gemaak is. Die program kan beskou word as 'n minimale ingrypingstrategie waarin individuele hulp en groepwerk op 'n geïntegreerde wyse benut word om die pasiënt te help om sy gedrag positief te verander.

SUMMARY

The aim of the study was to design a treatment program for burn patients who abuse alcohol. To achieve this a literature study was done on the psycho-social support of burn patients and on substance abuse counselling. An empirical study was designed to determine the prevalence of alcohol dependence in patients at the burns unit of the Tygerberg Hospital and to describe patterns of alcohol consumption, socio-economic adjustment and attitudes towards drinking.

The subjects of the study were patients over the age of eighteen years who were admitted consecutively to the burns unit between 21 March 1992 and 19 June 1992. During this period 79 patients were admitted. Twenty-six were excluded from the study because of early discharge (eleven patients), language problems (five patients) and deaths (ten patients).

The remaining 53 patients were screened for alcohol problems using the *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer 1971). Thirty patients screened positively for alcoholism. A more comprehensive interview schedule was administered to these patients to obtain additional information. Questionnaires were utilized to obtain information on the existing treatment facilities for alcohol dependent clients in the Western Cape.

The most important results from this study were as follows. The incidence of alcohol dependence in the study group was high. Most patients indicated that they were regular weekend drinkers. More than half of the patients reported previous alcohol-related accidents and many patients attributed their present burn injury to alcohol intoxication. The study group can be described as socio-economically deprived. It was also found that the burn injury represents a crisis during which treatment for alcohol problems can be introduced.

The proposed treatment program is based on the literature study and on the findings of the empirical study. Individual counselling and groupwork is combined in an integrated program. The program represents a minimal intervention strategy aimed at attitude and behaviour change.

ERKENNING

Hiermee wil ek graag my opregte dank en waardering betuig aan my studieleier, prof. N.J. Botha. Prof. Botha het altyd op 'n positiewe wyse leiding verskaf, maar het tog uitdagings aan my vermoëns gestel wat my in staat gestel het om die gehalte van my werk te verbeter.

Die Hemelse Vader het baie seëninge aan my toegedeel, maar ek het geen groter gawe van Hom ontvang as my man, Hannes Steenkamp nie. Aan Hannes wil ek my opregte dank betuig vir sy meelewing, belangstelling, ondersteuning en hulp met die versorging van die tesis.

Ek is baie dank verskuldig aan dr. A.E. van der Merwe, hoof van die brandwondeenheid van die Tygerberg-hospitaal, wat my aangemoedig het om by navorsing betrokke te raak in die brandwondeenheid en wat die mediese gegewens in die tesis gekontroleer het. Ek bedank graag die hele span van die brandwondeenheid vir hulle aangename samewerking, ondersteuning en aanmoediging.

My opregte dank gaan aan mev. M.N. de Jager en my kollegas by die Departement Maatskaplike Werk van die Tygerberg-hospitaal, vir aangename werksomstandighede en daadwerklike ondersteuning.

Ek wil baie dankie sê aan my kinders vir hulle liefde en dat hulle soms ouerlike aandag moes ontbeer.

Laastens wil ek graag my ouers bedank vir die opofferings wat hulle gedoen het om verdere studie vir my moontlik te maak.

INA STEENKAMP

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1: INLEIDING

1.1	Inleiding	1
1.2	Motivering vir die studie	1
1.3	Doelstelling en doelwitte van die navorsingsprogram	3
1.4	Hipotesestelling	6
1.5	Afbakening van die navorsingsveld	6
1.6	Navorsingsmetodologie	7
1.7	Aanbieding van die verslag	9

HOOFSTUK 2: DIE REHABILITASIE VAN DIE BRANDWONDPA SIËNT

2.1	Inleiding	11
2.2	Oorsake van brandwonde	11
2.3	Fisiese probleme van die brandwondpasiënt	14
2.4	Mediese behandeling	16
2.5	Psigososiale gevolge van ernstige brandwonde	18
2.6	Maatskaplikewerk-hulpverlening	20
2.7	Die multi-dissiplinêre span	22
2.8	Samewerking binne spanverband	24
2.9	Samevatting	24

HOOFSTUK 3: TEORETIESE UITGANGSPUNTE OOR ALKOHOLAFHANKLIKHEID

3.1	Inleiding	25
3.2	Die fases van alkoholafhanklikheid	25
3.3	Oorsake van alkoholafhanklikheid	27
3.4	Benaderings in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon	28
3.5	Modelle van hulpverlening	31
3.6	Motivering	36
3.7	Samevatting	42

HOOFSTUK 4: MAATSKAPLIKWERK-HULPVERLENING AAN DIE ALKOHOLAFHANKLIKE PERSOON

4.1	Inleiding	44
4.2	Identifisering van alkoholprobleme in die hospitaal	44
4.3	Assessering	48
4.4	Individuele hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon	49

4.5	Gesinsterapie	55
4.6	Groepwerk	56
4.7	Self-help groepe	64
4.8	Minimale ingrypingstrategieë	65
4.9	Keuse van hulpverleningsprogramme	67
4.10	Voorkoming van terugvalle	69
4.11	Die sukses van hulpverlening	70
4.12	Voorkoming van alkoholafhanklikheid	70
4.13	Samevatting	72

HOOFSTUK 5: ALKOHOLPROBLEME BY BRANDWONDASIËNTE VAN DIE TYGERBERG-HOSPITAAL

5.1	Inleiding	73
5.2	Identifiserende besonderhede	73
5.3	Voorkoms en verspreiding van alkoholafhanklikheid by brandwondasiënte	75
5.4	Drinkpatroon	76
5.5	Drinkgeskiedenis	81
5.6	Motivering	84
5.7	Die maatskaplike omstandighede van respondente	91
5.8	Hulpbronne in die gemeenskap	96
5.9	Samevatting	100

HOOFSTUK 6: HULPVERLENINGSPROGRAM

6.1	Inleiding	102
6.2	Teoretiese uitgangspunte	102
6.3	Doelstelling en doelwitte van die program	106
6.4	Verloop van die program	106
6.5	Samevatting	117

HOOFSTUK 7: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1	Inleiding	118
7.2	Gevolgtrekkings	118
7.3	Aanbevelings	124

BIBLIOGRAFIE

127

BYLAE	138
Bylaag A: Onderhoudskedule	139
Bylaag B: Vraelys oor behandeling van alkoholafhanklike persone	151

TABELLE

1.1 Gebruik en misbruik van alkohol	4
5.1 Verspreiding van alkoholprobleme	75
5.2 Frekwensie van alkoholgebruik	76
5.3 Tyd van die dag wanneer alkohol gebruik word	77
5.4 Hoeveelheid weeklikse alkoholverbruik van mans	78
5.5 Hoeveelheid weeklikse alkoholverbruik van vroue	78
5.6 Plekke waar alkohol gebruik word	79
5.7 Die sosiale gebruik van alkohol	80
5.8 Reaksie op alkoholgebruik	80
5.9 Tydperk van alkoholgebruik	82
5.10 Evaluering van eie drinkgewoontes	84
5.11 Redes vir alkoholgebruik	85
5.12 Alkoholmisbruik en maatskaplike probleme	88
5.13 Begeerte om alkoholmisbruik te staak	89
5.14 Houding teenoor hulpverlening	90
5.15 Huwelikstatus	91
5.16 Kerkbywoning	92
5.17 Opvoedkundige kwalifikasies	93
5.18 Werkstatus	93
5.19 Behuising	94
5.20 Houding van die gemeenskap teenoor alkoholmisbruik	95

FIGURE

5.1 Ouderdomsverspreiding	74
5.2 Vorige beserings a.g.v. alkoholmisbruik	83
5.3 Positiewe gevolge van alkoholmisbruik	86
5.4 Negatiewe gevolge van alkoholmisbruik	87
6.1 Hulpverleningsprogram	107
6.2 Evalueringsvorm	110
6.3 Vraelys oor hulpverlening	116

HOOFTUK 1

INLEIDING

1.1 INLEIDING

Brandwondbeserings is van die ergste trauma wat 'n pasiënt kan opdoen. Brandwonde veroorsaak intense pyn, vernietiging van die vel, skending van die liggaam, verlies aan ledemate, littekens en kontrakture. Emosionele probleme kom ook dikwels voor by pasiënte na erge brandwonde en word gekenmerk deur angs, vrees, woede, slaaploosheid, nagmerries, skuldgevoelens, depressie en regressie.

Weens die snelle vooruitgang van die mediese wetenskap kan ernstige brandwonde vandag doeltreffend behandel word. Die doel van die behandeling is egter nie net die fisiese genesing van die pasiënt nie, maar sy totale rehabilitasie sodat hy weer op dieselfde vlak as voor die ongeluk kan funksioneer. Die sukses van die rehabilitasie hang af van faktore soos die ouderdom en geslag van die pasiënt, die grootte en diepte van die brandwond, die liggaamsdele wat betrokke is, die pasiënt se premorbiede funksionering, ondersteuning van die familie en die hulp wat deur die rehabilitasiespan verskaf word. Psigososiale faktore het 'n belangrike invloed op die sukses van die rehabilitasie van die pasiënt. Pasiënte wat reeds in 'n ongunstige posisie verkeer weens armoede, werkloosheid of alkoholafhanklikheid se rehabilitasieproses sal moeiliker wees as dié van pasiënte wat nie hierdie probleme ervaar nie (Browne *et al.* 1985:29). Hierdie pasiënte vereis dus 'n groter inset van die rehabilitasiespan. In hierdie studie is daar gefokus op een premorbiede probleem waarmee pasiënte in die brandwondeenheid presenteer, naamlik alkoholafhanklikheid.

1.2 MOTIVERING VIR DIE STUDIE

Daar is drie redes waarom die studie noodsaaklik is, nl. die hoë voorkoms van traumatiese beserings, o.a. brandwondbeserings, wêreldwyd en veral ook in die Wes-Kaap, die rol wat alkoholmisbruik speel in die voorkoms van traumatiese beserings en die behoefte aan 'n hulpverleningsprogram vir pasiënte wat alkohol misbruik in die brandwondeenheid van die Tygerberg-hospitaal.

Traumatiese beserings is die ernstigste gesondheidsprobleem in die moderne samelewing. Navorsers soos Reyna, Hollis en Hulsebus (1985), Baker (1987), Gentilello *et al.* (1988) en Waller (1990) verwys almal na die omvang en erns van traumatiese beserings in die Verenigde State van Amerika waar dit die belangrikste oorsaak van sterftes by individue onder die ouderdom van agt en dertig jaar is. Volgens Gentilello (1988:558) sterf daar jaarliks 150 000 mense a.g.v. traumatiese beserings in Amerika en 'n verdere 3 600 000 word tot die hospitale toegelaat. Baker (1987:343) is van mening dat traumatiese beserings verantwoordelik is vir 80% van sterftes onder tienderjariges en jong volwassenes. Brandwonde is die vierde grootste oorsaak van sterftes a.g.v. traumatiese beserings in Amerika (Howland en Hingson 1987:475).

In Suid-Afrika word dieselfde omstandighede aangetref. Volgens die jaarverslag van die MNR (1992) het Kaapstad die hoogste traumakoers ter wêreld. Een uit elke tien mense, of 250 130 uit 'n geskatte bevolking van 2,5 miljoen benodig jaarliks mediese behandeling vir 'n nuwe besering. Volgens Müller en Van Rensburg (1986) behandel die traumaeenheid van die Tygerberg-hospitaal jaarliks 40 000 pasiënte.

Alkoholmisbruik speel 'n belangrike rol in die opdoen van traumatiese beserings. Reyna, Hollis en Hulsebus (1985:195) het gevind dat 40% van die pasiënte wat deur hulle traumaeenheid tot die hospitaal in Stuttgart, Wes-Duitsland toegelaat is, onder die invloed van alkohol verkeer het. Die insidensie van alkoholgebruik was die hoogste by die ouderdomsgroep 16 tot 30 jaar. Soderstrom en Cowley (1987) het 'n opname gemaak by 154 traumaeenhede in die Verenigde State van Amerika. Hulle het gevind dat 65,8% van hierdie eenhede gerapporteer het dat alkohol 'n rol gespeel het in die beserings van meer as 50% van hulle pasiënte. Hierdie bevindinge is bevestig deur Gentilello *et al.* (1988:558). Hulle het gevind dat 50% van pasiënte wat na motorongelukke tot hulle traumaeenheid toegelaat word, onder die invloed van alkohol verkeer asook 80% tot 90% van persone wat na messteke toegelaat word.

Volgens De Miranda (1988:84) hou meer as 50% van alle traumatiese ongelukke in Suid-Afrika verband met alkoholmisbruik. 'n Inligtingspamflet van SANRA (1989?) dui aan dat die Suid-Afrikaanse Polisie-statistieke aantoon dat 16% van alle motorongelukke alkoholverwant is, terwyl die Nasionale Verkeersveiligheidsraad raam dat 50% van voetgangerongelukke alkoholverwant is. Daarbenewens blyk een uit elke vier opnames in algemene hospitale direk of indirek alkoholverwant te wees. In 'n studie wat Müller en Van Rensburg (1986:594) in die Tygerberg-hospitaal gedoen het, het hulle gevind dat 77% van 'n groep van 142 traumapasiënte onder die invloed van alkohol was by toelating. Hierdie pasiënte het bloedalkoholvlakke van 0,01 tot 0,492 g/dl gehad. Laasgenoemde navorsers het verder ondersoek ingestel na die drinkpatrone van hierdie pasiënte. Hulle het gevind dat slegs

een-en-twintig (13%) van die pasiënte alkoholgebruik ontken het. Slegs een van die pasiënte in die groep wat misbruik ontken het, het 'n positiewe bloedalkoholvlak gehad. Van die orige pasiënte was 64% naweekdrinkers, 22% sosiale drinkers en 14% daaglikse drinkers.

Whitney (1983:216) meld dat alkoholafhanklike persone 'n groot las op traumaeenhede plaas omdat hulle meervoudige ongelukke opdoen en dus herhaaldelik van die dienste van die traumaeenheid gebruik moet maak. Faktore wat daartoe bydra dat alkohol so 'n groot rol speel in die opdoen van traumatiese beserings, is die verhoogde aggressie, verlies aan selfbeskermende instinkte, verlies aan oordeelsvermoë en verlies aan reaksievermoë wat met alkoholmisbruik gepaard gaan. Sommige pasiënte verloor selfs hulle bewussyn of val in 'n diep slaap en doen dan beserings, bv. ernstige brandwonde, op sonder dat hulle bewus is daarvan.

Brandwonde is 'n spesifieke vorm van 'n traumatiese besering en die verband tussen alkoholmisbruik en die opdoen van brandwonde is ook deur verskeie navorsers beskryf. Macarthur en Moore (1975) het reeds in 1975 'n studie gedoen om te bepaal of daar faktore is wat sekere persone 'n hoër risiko maak vir die opdoen van brandwonde as ander persone. Hulle het vasgestel dat alkoholmisbruik die grootste enkele risikofaktor is en dat 36% van hulle pasiënte wat tot die hospitaal toegelaat is, onder die invloed van alkohol was. Pegg et al. (1978:328) en Glasheen et al. (1983:198) het hierdie bevinding bevestig. Hulle het 'n insidensie van 6,3% en 5,4% onderskeidelik gevind. Kolman (1983) het in 'n literatuuroorsig bevind dat daar uiteenlopende bevindinge gemaak is oor die persentasie brandwondpasiënte wat alkohol misbruik. Bevindinge wissel van 1% tot 31%. Sy het tot die gevolgtrekking gekom dat 'n beduidende getal brandwondpasiënte alkoholafhanklik is en dat hierdie pasiënte ernstiger brandwonde opdoen, meer dikwels deliriese gedrag openbaar en 'n hoër mortaliteit het as ander pasiënte. Volgens Darko et al. (1986:395) was 16% van hulle studiegroep van 585 brandwondpasiënte alkoholafhanklik. Hulle het ook gevind dat 17% van hulle pasiënte onder die invloed van alkohol was toe hulle die besering opgedoen het. In 'n onlangse studie het Jones et al. (1991:149) gevind dat 27% (29 pasiënte) van hulle studiegroep van 108 pasiënte onder die invloed van alkohol was tydens die besering. Alkoholafhanklike pasiënte het 'n betekenisvol hoër sterftesyfer, langer hospitaalsorg en meer antibiotiese terapie as nie-afhanklike pasiënte gehad.

Daar is geen Suid-Afrikaanse literatuur beskikbaar oor die voorkoms van alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte nie. Stone (1988) het wel vasgestel dat 70% van die pasiënte in haar studiegroep alkohol gebruik het. Stone se bevindinge in hierdie verband word in tabel 1.1 weergegee.

Tabel 1.1: Gebruik en Misbruik van Alkohol

Etniese groep	Persentasie	Hele week	Slegs naweke
Bruin mans	88% (21)	60% (13)	40% (8)
Bruin vroue	70% (7)	28,6% (2)	71,4% (5)
Swart mans	50% (5)	66,7% (3)	33,3% (2)
Swart vroue	33,3% (2)	0%	100% (2)

Uit hierdie tabel is dit duidelik dat 18 (36%) van die pasiënte in hierdie groep daaglikse gebruikers van alkohol was. Dit mag 'n aanduiding wees van die misbruik van alkohol, alhoewel geen definitiewe gevolgtrekking hieroor gemaak kan word nie.

Die studies wat hierbo bespreek is, is beskrywend van aard en daar is nie van kontrolegroepe gebruik gemaak nie. Daar kan dus nie 'n definitiewe gevolgtrekking gemaak word oor die verband tussen alkoholafhanklikheid en die opdoen van brandwonde nie. Dit is egter duidelik dat 'n groot aantal pasiënte wat traumatiese beserings en in die besonder ook brandwonde opdoen, alkoholafhanklik is. In hierdie verband kom Reyna, Hollis en Hulsebus (1985:195) tot die gevolgtrekking dat alkoholafhanklike persone meer dikwels sterf van traumatiese beserings as van alkoholverwante siektes, soos lewer-sirroze. Die persone wat traumasentrums besoek is in die jonger ouderdomsgroep en is andersins gesond. Hulle is dikwels ook nie totaal alkoholafhanklik nie, maar ondervind wel ernstige alkoholverwante probleme. Hulpverlening aan hierdie persone is meer suksesvol as hulpverlening aan ouer, afhanklike persone (Kendell 1990:1044). Indien hierdie persone se alkoholprobleme vroegtydig geïdentifiseer en behandel kan word, kan dit baie daartoe bydra dat verdere ongelukke voorkom kan word. In die lig van die hoë koste verbonde aan traumatiese beserings, nie net in terme van lewensverlies nie, maar ook in terme van finansiële koste, is dit noodsaaklik dat almal wat betrokke is by die behandeling van traumapasiënte ook aandag sal gee aan die moontlike onderliggende alkoholafhanklikheid. Indien dit nie gebeur nie, bestaan die gevaar dat die pasiënt net behandeling ontvang vir die besering wat hy opgedoen het en dat die onderliggende oorsaak van die besering nie aangespreek word nie.

Alhoewel die insidensie van alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte in die buitelandse literatuur reeds goed beskryf is, bestaan hierdie inligting nie vir die Suid-Afrikaanse situasie nie. Daarbenewens is daar 'n gebrek aan inligting oor faktore soos die patroon van alkoholmisbruik, die sosio-ekonomiese omstandighede en die houding van die pasiënte t.o.v. die probleem. Hierdie inligting is noodsaaklik vir die opstel van 'n hulpverleningsprogram.

Aangesien die navorser as maatskaplike werker betrokke is by die brandwondeenheid van die Tygerberg-hospitaal, is hierdie navorsing ook uit 'n praktyksituasie noodsaaklik. Die Tygerberg-hospitaal beskik oor 'n moderne goed-toegeruste brandwondeenheid - die grootste

eenheid vir die behandeling van brandwond pasiënte in die Wes-Kaap. Oor die afgelope vyf jaar is daar gemiddeld 669 pasiënte per jaar behandel. In die behandeling van die pasiënt word 'n spanbenadering gevolg. Die doel van die behandeling is om die pasiënt in staat te stel om na voltooiing van die rehabilitasieprogram in staat te wees om te funksioneer op dieselfde vlak as voor die ongeluk. Alkoholmisbruik sal egter negatief inwerk op die bereiking van hierdie doelstelling. Nie alleen verswak dit die pasiënt se samewerking en motivering nie, maar dit het ook implikasies vir sy fisiese en psigososiale herstel.

Ervaring in die brandwondeenheid bevestig die waarneming van Golan (1979:500) dat 'n klein bietjie hulp wat binne 'n beperkte tydsduur aangebied word wanneer die spanning hoog is en die pasiënt se verdedigingsmeganismes verswak is, soms meer effektief is as meer uitgebreide hulp wat aangebied word wanneer die pasiënt minder emosioneel toeganklik is. Gentilello et al (1988), Lowenstein, Weisberg en Terry (1990) en Waller (1990) is dit eens dat die ongeluk 'n krisissituasie skep wat 'n ideale geleentheid bied om hulpverlening vir alkoholafhanklikheid te inisieer. Geneeshere is dikwels van mening dat die persoon wat besig is om te herstel van 'n ongeluk, nie ook nog belas moet word met hulpverlening t.o.v. sy alkoholprobleem nie. In werklikheid is hierdie vorm van hulpverlening die pasiënt se mees dringende behoefte nadat hy van sy beserings herstel het. Die ideale tyd om hulpverlening te inisieer is terwyl die pasiënt nog die negatiewe gevolge van die ongeluk ervaar, maar reeds soberheid bereik het sodat hy kan begryp wat die geneesheer aan hom oordra. Sy gewone verdedigingsmeganismes is dan verswak en hy is meer toeganklik vir beïnvloeding en verandering. Hierdie geleentheid kan dus benut word om groei by die kliënt te bewerkstellig.

Uit die bogenoemde faktore is dit dus duidelik dat daar 'n behoefte bestaan aan 'n hulpverleningsprogram vir brandwondpasiënte wat alkohol misbruik wat gegrond is op die werklike behoeftes en omstandighede van die pasiënte. Sonder so 'n program bestaan die gevaar dat baie geld bestee sal word aan die rehabilitasie van die pasiënt, terwyl die werklike oorsaak van die probleem nie aangespreek word nie. In hierdie studie sal die navorser dus probeer om die probleem van alkoholmisbruik by die brandwondpasiënt nader te beskryf, met die oog op die ontwikkeling van 'n hulpverleningsprogram.

1.3 DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE NAVORSINGSPROGRAM

Die doelstelling van die navorsingsprogram is om 'n hulpverleningsprogram daar te stel vir brandwondpasiënte wat alkohol misbruik.

Die doelwitte is om 'n beskrywing te gee van:

- 1.3.1 die insidensie van alkoholafhanklikheid by brandwond pasiënte van die Tygerberg-hospitaal;
- 1.3.2 die patroon van alkoholmisbruik by volwasse brandwond-pasiënte;
- 1.3.3 die drinkgeskiedenis van die pasiënte;
- 1.3.4 die pasiënte se houding en motivering t.o.v. alkoholafhanklikheid en hulpverlening;
- 1.3.5 die maatskaplike omstandighede van pasiënte wat alkohol misbruik;
- 1.3.6 bestaande hulpverleningsprogramme vir alkoholafhanklike persone in die Kaapse Skiereiland; en om
- 1.3.7 'n maatskaplikewerk-hulpverleningsprogram te skryf vir brandwondpasiënte wat alkohol misbruik.

1.4 HIPOTESESTELLING

Weens die aard van die navorsing, gaan daar nie in hierdie studie 'n hipotese gestel word nie. Volgens Thomas (1985:493) word daar nie 'n hipotese gestel wanneer ontwikkelingsnavorsing gedoen word nie. Die nuwe tegnologie wat ontwikkel word, neem die plek van die hipotese in. In hierdie geval sal die nuwe hulpverleningsprogram dus die plek van die hipotese inneem.

1.5 AFBAKENING VAN DIE NAVORSINGSVELD

1.5.1 Die area van ondersoek is alkoholafhanklikheid by pasiënte wat brandwonde opdoen. Die navorser is bewus daarvan dat brandwonde ook ander maatskaplike probleme vir die pasiënte meebring, maar aangesien daar vermoed is dat die insidensie van alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte van die Tygerberg-hospitaal baie hoog is, is daar besluit om op hierdie probleem te konsentreer.

1.5.2 Die teikengroep is pasiënte ouer as agtien jaar van beide geslagte, wat in die Tygerberg-hospitaal behandel word vir brandwonde.

1.5.3 Die diensveld waarop die studie betrekking het, is geneeskundige maatskaplike werk. Die studie val ook binne die diensveld van middelafhanklikheid.

1.6 NAVORSINGSMETODOLOGIE

1.6.1 Tipe navorsing

Aangesien die studie spesifiek daarop gerig is om 'n hulpverleningsprogram daar te stel, kan die navorsing as ontwikkelingsnavorsing beskryf word. Die doelstelling van ontwikkelingsnavorsing is om die maatskaplikewerk-tegnologie te ontwikkel. Hulpverleningsprogramme is deel van die tegnologie waarmee die maatskaplike werk sy doelstellings bereik.

Hierdie vorm van navorsing is noodsaaklik omdat dit daartoe kan bydra dat die maatskaplikewerk-praktyk verbeter kan word. Die navorser is van mening dat daar 'n groot behoefte bestaan aan hulpverleningsprogramme wat deur verdere navorsing vir hulle effektiwiteit getoets kan word. Volgens Thomas (1985:488) is daar verskillende fases in die navorsingsproses, nl. analisering, ontwikkeling en evaluering. Weens die beperkte aard van die studie, sal daar in hierdie studie veral op die eerste twee fases gekonsentreer word.

Aangesien die doel van die studie ondermeer is om die probleem van alkoholafhanklikheid by die brandwond pasiënt noukeurig te beskryf, kan die navorsing ook as 'n beskrywende studie beskou word. Volgens Arkava en Lane (1983:190) is dit belangrik dat 'n probleem eers volledig omskryf moet word, voordat daar op hulpverleningsstrategieë beluit kan word.

1.6.2. Literatuurstudie

'n Omvattende literatuurstudie is gedoen oor die psigososiale ondersteuning van die brandwond pasiënt en die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Vir hierdie doel is gebruik gemaak van literatuur van verskillende dissiplines, nl. sielkunde, die mediese wetenskap en maatskaplike werk. Literatuur uit Brittanje, Kanada, Suid-Afrika, die Verenigde State van Amerika en Wes-Duitsland, uit die tydperk 1960 tot 1992, is bestudeer. Daar is veral gekonsentreer op resente literatuur aangesien daar gedurende die afgelope dekade heelwat nuwe ontwikkelinge was op die gebied van hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Nuwe ontwikkelinge was veral op die terrein van motiverende onderhoudsvoering, die fases van verandering-model (*stages of change model*) en korttermyn ingryping. Hierdie

ontwikkelinge het belangrike implikasies vir hulpverlening binne die opset van die algemene hospitaal.

1.6.3 Universum en steekproefneming

Die universum bestaan uit alle volwasse brandwond pasiënte in die bedieningsarea van die Tygerberg-hospitaal. Vir die doel van hierdie studie is alle pasiënte van agtien jaar en ouer as volwasse beskou. Die steekproef is verkry deur alle volwasse pasiënte wat agtereenvolgens vanaf 21 Maart 1992 tot 19 Junie 1992 tot die brandwondeenheid toegelaat is, by die studie te betrek. Gedurende hierdie tydperk is 79 volwasse pasiënte tot die eenheid toegelaat. Ses-en-twintig pasiënte is uitgesluit van die studie weens vroeë ontslag (elf pasiënte), taalprobleme (vyf pasiënte) en sterftes (tien pasiënte). Op hierdie wyse is 'n ewekansige steekproef van 53 proefpersone verkry (Arkava en Lane:160).

1.6.4 Metode van data-insameling

Daar is hoofsaaklik gebruik gemaak van gestruktureerde onderhoude, soos beskryf deur Gochros (1985:312-324), om inligting in te samel. Die eerste deel van die onderhoudskedule is met al 53 proefpersone behandel. Dit het bestaan uit identifiserende inligting en 'n vraelys wat ontwerp is om alkoholafhanklikheid te identifiseer. Vir hierdie doel is gebruik gemaak van die *Michigan Alcoholism Screening Test*, kortweg die *MAST* genoem (Selzer 1971). Hierdie meetinstrument is ontwerp om 'n gestruktureerde, betroubare en kwantifiseerbare instrument daar te stel vir die identifisering van alkoholafhanklikheid. Die *MAST* kan deur professionele persone sowel as nie-professionele persone gebruik word en het die verdere voordeel dat dit nie baie tyd in beslag neem nie. Volgens Cyr en Wartman (1988:52) is die betroubaarheid en geldigheid van die instrument wyd beskryf. In 'n onlangse artikel beveel Pruzinsky et al. (1992:82) aan dat die *MAST* gebruik word om alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte te assesser. Alkoholafhanklikheid is op hierdie wyse by 30 van die pasiënte geïdentifiseer.

Die res van die onderhoudskedule is met hierdie 30 pasiënte behandel. Sodoende is meer spesifieke inligting ingesamel oor die pasiënte se drinkpatrone, drinkgeskiedenis, maatskaplike omstandighede, houding teenoor alkoholafhanklikheid en teenoor hulpverlening. Die studie is dus gebaseer op die pasiënte se eie getuienis oor hulle drinkgedrag. Alkoholafhanklike persone is bekend daarvoor dat hulle baie gebruik maak van verdedigingsmeganismes en daar kan verwag word dat inligting wat op hierdie wyse verkry word, moontlik nie betroubaar sal wees nie. Volgens Sobell en Sobell (1978:901) is daar egter in verskeie studies gevind dat die inligting wat alkoholafhanklike persone verstrek oor hulle lewensgeskiedenis oor die algemeen

betroubaar is. Die navorser se ondervinding in die brandwondeenheid is ook dat die pasiënte gereedelik inligting verskaf oor hulle drinkgewoontes.

Inligting is ook ingesamel oor bestaande hulpverleningsprogramme vir alkoholafhanklike persone in die Wes-Kaap. Vir hierdie doel is 'n gestruktureerde vraelys aan al die spesialis-organisasies en inrigtings in die Wes-Kaap wat hulp aan afhanklike persone verleen, gestuur. Die volgende organisasies en inrigtings is ingesluit: Avalon-kliniek te Athlone, De Novo-rehabilitasiesentrum in Kraaifontein, Ramot, sentrum vir alkoholiste, Parow, SANRA Goodwood en Kaapstad, Stikland-hospitaal in Bellville en die Toevlug-rehabilitasiesentrum in Worcester.

1.6.5 Dataverwerkingsprosedure

Aangesien dit die doel van die navorser was om die verskynsel van alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte te beskryf, is daar hoofsaaklik gebruik gemaak van beskrywende statistiek. Frekwensies, persentasies en gemiddeldes is bereken vir die verskillende veranderlikes, waar dit van toepassing was. Daar is gebruik gemaak van grafieke en tabelle om die inligting sinvol weer te gee. In enkele gevalle is die verband tussen sekere veranderlikes bereken. Dit moet egter in gedagte gehou dat die ondersoekgroep klein is en dat dit 'n invloed mag hê op die geldigheid van die bevindinge.

1.6.6 Begripsomskrywing

Moeilike terme is in die studie omskryf waar die begrippe voorkom. Dit is egter belangrik om daarop te let dat beide die begrippe *kliënt* en *pasiënt* gebruik is vir persone wat hulp ontvang. *Kliënt* is gebruik wanneer die opset van hulpverlening 'n welsynsorganisasie is, terwyl *pasiënt* gebruik is wanneer hulpverlening binne die opset van 'n hospitaal geskied.

1.7 AANBIEDING VAN DIE VERSLAG

Die inligting word as volg weergegee:

Die eerste hoofstuk dien as inleiding tot die studie. Die metodes wat gevolg is in die ondersoek word in hierdie hoofstuk uiteengesit.

In die tweede hoofstuk word die rehabilitasie van die brandwondpasiënt bespreek. Die komplekse aard van die brandervaring en die mediese behandeling wat daarop volg, bepaal die

aard en omvang van maatskaplikewerk-ingryping. 'n Duidelike omskrywing van die mediese konteks waarin die brandwondpasiënt hom bevind, is dus noodsaaklik.

In **hoofstuk drie** word die teoretiese uitgangspunte ten opsigte van alkoholafhanklikheid bespreek.

Hoofstuk vier behels 'n bespreking van maatskaplikewerk-hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. In hierdie afdeling sal 'n teoretiese bespreking van hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon gegee word.

In **hoofstuk vyf** word die bevindinge van die empiriese studie bespreek. Inligting word gegee oor die insidensie van alkoholafhanklikheid by brandwondpasiënte, die patrone van alkoholmisbruik, die drinkgeskiedenis van die pasiënte, die houding en motivering van die pasiënte t.o.v. alkoholafhanklikheid en hulpverlening en die maatskaplike omstandighede van die studiegroep. 'n Beskrywing van hulpverleningsprogramme wat in die Kaapse Skiereiland beskikbaar is, word ook gegee.

Na aanleiding van die literatuurstudie en navorsingsbevindinge is 'n hulpverleningsprogram geskryf vir brandwondpasiënte wat alkohol misbruik. Hierdie program word in **hoofstuk ses** weergegee.

In **hoofstuk sewe** word die gevolgtrekkings voortspruitend uit die studie uiteengesit en word aanbevelings gedoen.

HOOFSTUK 2

DIE REHABILITASIE VAN DIE BRANDWONDPASIËNT

2.1 INLEIDING

In die rehabilitasie van 'n brandwondpasiënt is dit noodsaaklik dat 'n spanbenadering gevolg word. Maatskaplikewerk-hulpverlening vind ook binne spanverband plaas en word bepaal deur die aard van die mediese behandeling en die betrokkenheid van ander spanlede. Die maatskaplike werker moet begrip hê vir die mediese behandeling van die pasiënt en die rol van die ander spanlede ten einde doeltreffend in hierdie omgewing te kan funksioneer. In hierdie hoofstuk sal daar dus 'n omskrywing gegee word van die siekte-toestand en behandeling van die brandwondpasiënt.

Volgens Salisbury en Petro (1989:265) is daar sedert 1940 baie vordering gemaak met die mediese behandeling van brandwondpasiënte. Doeltreffende resussitasie, voeding en vroeë chirurgie het bygedra daartoe dat gesonde jong volwassenes brandwonde van tot 70% van die totale liggaamsoppervlakte oorleef in teenstelling met 30% voorheen. Die gemiddelde tydperk van hospitalisasie het ook verminder tot 22 dae. Rehabilitasie behels egter veel meer as fisiese herstel en sluit die aanvaarding van 'n nuwe selfbeeld en nuwe doelstellings vir die lewe in. Dit is 'n langtermynproses wat voortduur lank nadat die pasiënt uit die hospitaal ontslaan is. Die doelstellings van rehabilitasie is die herstel van die fisiese vermoëns van die pasiënt, die voorkoming en behandeling van kontrakture en letsels en die emosionele aanvaarding van 'n veranderde selfbeeld en liggaamsbeeld. Rehabilitasie begin sodra die pasiënt tot die brandwondeenheid toegelaat word.

2.2 OORSAKE VAN BRANDWONDE

Brandwonde word veroorsaak deur vuur, warm vloeistowwe, chemiese middels, elektrisiteit of bestraling. Die volgende faktore word in die literatuur uitgesonder as as risiko-faktore in die opdoen van brandwonde:

2.2.1 Ouderdom en geslag

Meer mans as vroue doen brandwonde op, behalwe in die ouderdomsgroep bo 65 jaar (Bowden Jones en Feller 1979). Bejaarde persone doen makliker brandwonde op omdat hulle maklik struikel en hulle koördinasie nie so goed is nie. Kinders onder die ouderdom van vier jaar is die grootste risiko-groep. Hierdie kinders brand meestal met warm vloeistowwe deurdat hulle 'n koppie met warm tee of koffie van 'n tafel af op hulle omtrek. Kinders be'and ook dikwels in 'n bad met warm water voordat daar koue water in die bad getap is, met ernstige gevolge.

2.2.2 Sosio-ekonomiese faktore

Daar is 'n sterk verband tussen swak sosio-ekonomiese omstandighede en die opdoen van brandwonde. De Kock (1978:210) noem swak sosio-ekonomiese omstandighede as die belangrikste oorsaak van brandwonde in pasiënte wat in Kaapstad behandel is. Oorbewoning, plakkerswonings, die gebruik van onveilige stoffies om voedsel op voor te berei, die maak van binnenshuise vure vir verhitting, die gebrek aan elektrisiteit en gebruik van kerse en 'n kenmerkende impulsiewe en onverskillige houding dra by tot die hoë voorkoms van brandwonde in hierdie groep. Plakkershutte wat met karton uitgevoer word brand baie maklik, terwyl die praktyk om *gellie-blikke* (blikke waarin gate gekap is en waarin vuur gemaak word en binnenshuis geneem word) te maak vir verwarming lei tot brandwonde by kinders sowel as volwassenes.

Noyes et al. (1979:142) het gevind dat die helfte van die pasiënte uit hulle studiegroep uit die laagste sosio-ekonomiese groep kom. Volgens Bowden, Jones en Feller (1979:5) kom brandwondpasiënte gewoonlik uit groot gesinne, enkel-ouer gesinne, gesinne wat dikwels verhuis of huisvestingsprobleme ondervind. Beide kinders en volwassenes wat brandwonde opdoen, kom van gesinne waar die broodwinner ongeskoolde of semi-geskoolde arbeid verrig en waar daar gesinskonflik, veral huwelikskonflik, voorkom. Spanning in die gesin dra by tot die voorkoms van brandwonde. Darko et al. (1986:400) het ook 'n hoë insidensie van psigo-sosiale patologie in hulle pasiënte gevind. Die skrywers merk op dat swak samewerking in die rehabilitasieprogram kenmerkend van hierdie groep is. Cobb, Maxwell en Silverstein (1991:335) noem ook werkloosheid en gereelde botsings met die gereg as faktore wat die risiko om brandwonde op te doen, verhoog.

2.2.3 Premorbiede siektetoestande

Fisiese probleme soos kardiovaskulêre siektes, seniliteit, obesiteit, epilepsie en verstandelike vertraagdheid of ander neurologiese probleme verhoog die risiko. Veral epileptiese aanvalle dra baie by tot die opdoen van brandwonde. Flikkerende vlamme veroorsaak dikwels 'n aanval en bring mee dat die pasiënt in die vuur val en brand.

2.2.4 Premorbiede psigopatologie

Kinders wat brandwonde opdoen, toon meer gedragsprobleme en meer hiperaktiwiteit as wat normaalweg aangetref word. In volwassenes is daar 'n hoër insidensie van alkohol- en dwelmafhanglikheid en emosionele en psigiatrisie probleme as by die normale bevolking. Verskeie skrywers soos Macarthur and Moore (1975), Pegg et al. (1978) en Glasheen et al (1983) het gevind dat alkoholmisbruik die belangrikste risikofaktor is in die opdoen van brandwonde. Cobb, Maxwell en Silverstein (1991:335) het ook in 'n literatuuroorsig bevind dat 22% tot 57% van brandwondpasiënte bestaande alkoholprobleme gehad het. Alkoholmisbruik lei ook daartoe dat pasiënte ernstiger brandwonde opdoen, langer hospitaalsorg benodig en meer fasiliteite verbruik as pasiënte wat nie alkoholprobleme het nie (Kelley 1992:119).

Selfmoordpogings dra ook by tot die voorkoms van brandwonde deurdat mense hulleself aan die brand steek. Gedurende die eerste ses maande van 1992 is daar drie gevalle van selfmoordpogings in die Tygerberg-hospitaal se brandwondeenheid behandel.

2.2.5 Vorige ongelukke

Volgens Feller (1979:6) het verskeie navorsers 'n hoë insidensie van vorige ongelukke gevind by brandwondpasiënte. Onverskillige optrede, soos die gebruik van petrol om braaivleisvure aan te steek, lei tot ernstige brandwondongelukke.

2.2.6 Lewenstyl

Die lewenstyl van sommige mense bring mee dat hulle in groter gevaar verkeer om traumatiese beserings op te doen. In sommige gemeenskappe is die insidensie van aanrandings byvoorbeeld baie hoog. Die insidensie van aanrandings in brandwondpasiënte verskil van streek tot streek. Bowden, Jones en Feller (1979:7) verwys na die studies van Crikelair (1968) en Williams (1971) wat onderskeidelik 'n insidensie van 27% en 36% gevind het. Albei hierdie skrywers se navorsing is gedoen in groot Amerikaanse hospitale wat 'n spesifieke

bevolkingsgroep bedien. In teenstelling met hierdie navorsers het Maisels (1968) in 'n studie wat in Engeland gedoen is, slegs twee aanrandings gevind in 'n groep van 732 pasiënte. In die Tygerberg-hospitaal is aanrandings 'n belangrike oorsaak van brandwonde en Stone (1988:461) het bevind dat 55% van die persone in haar studiegroep a.g.v. aanranding brandwonde opgedoen het. Aanrandings vind dikwels binne gesinsverband plaas en dui op 'n gebrek aan vaardighede in konflikthantering. Die mees algemene vorm van aanranding wat in die brandwondeenheid van die Tygerberg-hospitaal voorkom is mans wat deur hulle eggenotes gegooi is met kookwater. Kindermishandeling deur brand is minder algemeen, maar kom tog voor. Bowden, Jones en Feller (1979:7) verwys na die studies van Stone et al. (1970) en Gørdston (1972) wat 'n insidensie van 4% en 5% onderskeidelik gevind het. Dit is moeilik om die insidensie van kindermishandeling te bepaal, maar wat meer algemeen aangetref word, is kinders wat ooglopend verwaarloos is en wat brandwonde opdoen weens nalatigheid van hulle ouers of weens gebrekkige toesig.

2.2.7 Hoë-risiko beroepe

Geen inligting is in die literatuur beskikbaar oor die insidensie van werksverwante brandwond-beserings nie. In die Tygerberg-hospitaal word egter dikwels pasiënte opgeneem wat brand terwyl hulle aan diens is. Pasiënte wat met elektrisiteit of vlambare stowwe werk, loop veral 'n risiko om brandwonde op te doen.

Dit is duidelik dat swak sosio-ekonomiese omstandighede en premorbiede patologie soos alkoholafhanklikheid grootliks bydra tot die opdoen van brandwondbeserings. Pasiënte met so 'n geskiedenis verg groot insette van die rehabilitasiespan en die bydrae van die maatskaplike werker is onontbeerlik in die rehabilitasie van die pasiënte.

2.3 FISIESE PROBLEME VAN DIE BRANDWONDPAZIËNT

Al die sisteme van die liggaam word deur 'n ernstige brandwond aangetas. Brandwonde veroorsaak komplekse mediese probleme en die doel van hierdie afdeling is slegs om 'n oorsigtelike beeld te gee van die meer algemene probleme.

2.3.1 Beskadiging van die vel

Die belangrikste gevolg van 'n brandwond is dat die pasiënt se vel beskadig word. Die vel is die grootste orgaan van die liggaam en vervul belangrike funksies. Dit beskerm die liggaam teen infeksie, voorkom die verlies van liggaamsvloeistowwe en beheer die

liggaamstemperatuur. Die diepte en grootte van 'n brandwond bepaal hoe ernstig die besering is. Oppervlakkige brandwonde sluit net die epidermis van die vel in. Klinies word die wonde gekenmerk deur eriteem ('n rooi voorkoms) van die vel, die teenwoordigheid van blase, 'n nat voorkoms a.g.v. eksudasie (uitsweet) van plasma en erge pyn met aanraking. Hierdie beserings is minder ernstig en gewoonlik is hospitalisasie nie nodig nie. Diep brandwonde sluit die epidermis en die dermis in asook die onderliggende weefsel. Klinies het die verbrande vel 'n voorkoms wat mag varieer van 'n dooie vuil wit kleur tot 'n tipiese harde swart verkoling. Die letsels is pynloos a.g.v. die vernietiging van die sensoriese senuwee-eindpunte. Die vel het 'n droë voorkoms en is sonder blase. Diep brandwonde is 'n ernstige probleem en hospitalisasie is noodsaaklik. Gedeeltelike diep wonde sluit die epidermis en 'n gedeelte van die dermis, wat bloedvate en senu-eindpunte bevat, in. Hierdie wonde word diep dermale wonde genoem en gradeer tussen bogenoemde tipe wonde. Normaalweg word beide diep en oppervlakkige wonde by 'n pasiënt aangetref, sowel as diep dermale wonde.

Hoe groter die brandwond is, hoe groter is die gevaar van komplikasies en die gevaar aan lewensverlies. Die grootte van die brandwond word uitgedruk as 'n persentasie van die totale liggaamsoppervlakte. Volgens Weinberg en Miller (1983:98) definieer die Amerikaanse Brandwond Assosiasie 'n ernstige brandwondpasiënt as 'n pasiënt met gedeeltelike of voldiepte wonde oor 20% van sy liggaamsoppervlakte.

2.3.2 Skok

Alle ernstige brandwondpasiënte verkeer die eerste paar dae in 'n toestand van fisiologiese skok. Dit behels dat die volume bloed wat in die liggaam sirkuleer, afneem en dat voldoende suurstof nie na die organe vervoer kan word nie. Hierdie toestand kan ontstaan a.g.v. 'n reaksie van die senustelsel, a.g.v. verminderde hartklop of a.g.v. hipovolemiese skok. Laasgenoemde behels dat die liggaamsvloeistowwe uit die bloedstroom in die beskadigde weefsel invloei.

2.3.3 Infeksie

Infeksie kom algemeen voor by brandwondpasiënte. Dit is die mees algemene oorsaak van morbiditeit en mortaliteit. Dit kan lei tot vertraagde wondgenesing, die oorgaan van 'n gedeeltelike-diep na 'n voldikte wond, die penetrasie van organismes na dieper weefsel en uiteindelik sepsisemie. Infeksie word behandel met antibiotiese middels en chirurgiese eksisie van dooie weefsel.

2.3.4 Pyn

Volgens Bloch (1987:7) veroorsaak geen ander besering soveel pyn oor so 'n lang tydperk as juis brandwonde nie. Daarbenewens veroorsaak die daaglikse prosedures wat in die behandeling gevolg word, soos verbandruiling, die skoonmaak van die wonde en fisioterapie erge pyn vir die pasiënt.

2.3.5 Kontrakture

Kontrakture is stywe vel wat om gewrigte en sagte weefsel vorm waar die pasiënt brandwonde opgedoen het, en wat beweging inhibeer. Dit is die mees algemene komplikasie wat gepaardgaan met funksieverlies in die pasiënt met brandwonde. Dit veroorsaak ook kosmetiese probleme. Kontrakture kan om enige gewrig voorkom, maar is mees algemeen in die nek, oksel en elmboog. Dit veroorsaak 'n tekort aan vel in die aangetaste liggaamsdeel. Littekenweefsel word oor 'n lang tydperk na wondgenesing behandel in gespesialiseerde klinieke om kontraktuurvorming te voorkom en te behandel. Weerstandige kontrakture moet gewoonlik deur rekonstruktiewe chirurgiese prosedures herstel word.

2.3.6 Letsels

Pasiënte wat diep brandwonde opgedoen het, ondervind dikwels dat lelike letsels op die vel vorm nadat genesing ingetree het. Brandwonde van die gesig en hande hou veral ernstige implikasies vir die pasiënt in omdat skending van die gesig en hande baie opsigtelik is. Daarbenewens kan brandwonde van die hande die funksionele bewegings van die pasiënte ernstig inkort.

2.4 MEDIESE BEHANDELING

'n Ernstige brandwondbesering bring die verlies van liggaamsvloeistowwe, verlies aan temperatuurbeheer, 'n verandering in die samestelling van liggaamsvloeistowwe en 'n verlies aan immuniteit met verlaagde beskerming teen bakterieë mee. Die eerste oogmerk van die mediese behandeling is om te kompenseer vir die verlies van die vel se funksies. Dit word opgevolg deur die liggaam so gou as moontlik te beskerm deur normale vel oor te plant op die brandwond. Volgens Bloch (1987:39) is die belangrikste elemente van die mediese behandeling die intra-veneuse terapie, voeding, wondversorging en veloorplanting.

Daar word onderskei tussen drie fases in die mediese hantering van die probleem, nl. die noodfase, die akute fase en die rehabilitasie fase. Die noodfase behels die eerste twee of drie dae na die ongeluk. Die pasiënt verkeer in 'n toestand van fisiologiese skok. Daar word verseker dat die pasiënt se lugweë oop is en die vloeistofbalans word beheer. Dit behels o.a. die intraveneuse toediening van vloeistowwe en die verskaffing van ekstra voedingstowwe. Die pasiënt se posisie word gestabiliseer en daar word begin om geskikte antibiotika toe te dien. 'n Eskarotomie word gedoen waar diep brandwonde inbreuk maak op die sirkulasie van bloed na die meer distaal geleë dele of waar asemhaling belemmer word. Diep snye word deur die gebrande vel gemaak tot in die onbeskadigde weefsel.

In die akute fase word die veloppervlakte herstel. Die beseerde areas word voorberei om nuwe vel te ontvang. Dit behels die verwydering van dooie weefsel. Verbande word afgehaal en die dooie weefsel word verwyder deur knyptangetjies of ander instrumente. Die pasiënte word ook in skommelbaddens geplaas en dooie weefsel word afgewas. Hierdie proses is besonder pynlik. Dooie weefsel kan ook chirurgies verwyder word tydens operatiewe ingrepe. Die aanwending van verbande met antiseptiese middels speel 'n belangrike rol in die genesing van die brandwond en die stimulering van die groei van gesonde vel.

Veloorplantings word gedoen wanneer die beseerde deel goed voorberei is. Die areas van waar die vel geneem word vir die oorplantings, veroorsaak bykomende pyn en littekens. Indien die vel nie aangroei nie, moet die hele proses herhaal word. Dit bring soms mee dat die pasiënt lang tydperke in die hospitaal moet deurbring en kan baie frustrasie veroorsaak. Brandwonde van die hande, gesig, oë en ore is besonder moeilik om te behandel en stel ekstra eise aan die geneesheer. Sommige pasiënte doen ook skade aan die longe en lugweë op deurdadigste hitte en giftige gasse ingesem word tydens die brandwondbesering. Hierdie tipe besering kompliseer die behandelingsproses. In die akute fase lewer die fisioterapeut en arbeidsterapeut ook 'n bydrae deur die pasiënt te mobiliseer en kontrakture te strek om te verseker dat die pasiënt die funksie van sy ledemate behou.

Die doelstelling in die laaste fase, nl. die rehabilitasiefase, is om die pasiënt in staat te stel om na die samelewing terug te keer. Die pasiënt moet dikwels na sy ontslag nog terugkeer na die hospitaal vir terapeutiese en kosmetiese prosedures. Die pasiënt moet styfpassende kledingstukke (drukklere) dra om letsels wat deur oorgeplante vel gevorm word te voorkom en te verbeter. Hierdie kledingstukke word vir 'n tydperk van twaalf tot agtien maande gedra en kenmerk die tydperk van rehabilitasie.

2.5 PSIGOSOSIALE GEVOLGE VAN ERNSTIGE BRANDWONDE

Baie min studies is nog gedoen oor die psigo-sosiale gevolge van brandwonde. Steiner en Clark (1977:139) het gevind dat 65% van hulle studiegroep brandwond pasiënte psigiatriese komplikasies ervaar het. Die mees algemene psigo-sosiale komplikasies word vervolgens beskryf.

2.5.1 Delirium

Delirium, wat gekenmerk word deur disfunksionering van die denke, geheue en persepsies kom dikwels voor in die noodfase van behandeling. Kenmerkend van pasiënte se gedrag in hierdie fase, is disoriëntasie, slaaploosheid, emosionele labiliteit en nagmerries. Volgens Steiner en Clark (1977:137) is daar verskeie oorsake vir hierdie toestand soos gifstowwe, infeksie, metaboliese wanbalans, kardiovaskulêre tekorte, sensoriese oorlading en slaaptekte. Hierdie toestand skep baie spanning vir die pasiënt se familie en hulle moet dikwels gerusgestel word dat delirium 'n algemene toestand is in brandwond pasiënte en dat dit dikwels spontaan verbeter. Brandwond pasiënte het ook gerussstelling nodig dat die nagmerries normaalweg ook afneem in frekwensie en intensiteit met die verloop van tyd.

2.5.2 Regressie

Regressie kom voor wanneer die pasiënt nie in staat is om die normale rouproses oor sy verliese te voltooi nie, maar in regressie verval. Die pasiënt kan aggressief optree, baie afhanklik word of depressief word en hom onttrek. Die pasiënt se gedrag is baie veeleisend, woede-uitbarstings kom voor, sy samewerking is swak, hy is emosioneel labiel, geïrriteerd, en hipersensitief. Baie van die probleme sentreer rondom die pasiënt se pynervaring en pyn mag gebruik word om personeel en familieleden te manipuleer. Krisisingryping wat fokus op die ongeluk en die pasiënt se belewenis daarvan, is volgens Steiner en Clark (1977:139) die aangewese terapeutiese prosedure om die pasiënt met hierdie probleme te help.

2.5.3 Depressie

Depressie is 'n algemene verskynsel by brandwond pasiënte. Kenmerkend van hierdie pasiënte is huilerigheid en onttrekking. Depressie kan in al die fases van behandeling voorkom, maar mag veral in die rehabilitasiefase voorkom wanneer die pasiënt sy vorige rolle van broodwinner, eggenoot en gesinslid moet hervat en gekonfronteer word met sy beperkinge. Die pasiënt moet dus in die hospitaal al aangemoedig word om so selfstandig as moontlik te funksioneer. Aktiwiteite soos speletjies en lees moet ook aangemoedig word.

2.5.4 Angs

Vrees vir die dood of onsekerheid oor behandeling en die blywende gevolge van die brandwonde, kan baie angstigheid in die pasiënt veroorsaak. Hierdie angstigheid kan slaaploosheid, nagmerries en rusteloosheid tot gevolg hê. Dit kan ook lei tot gebrek aan eetlus en swak samewerking. Bespreking van die besering en behandeling en gerusstelling van die pasiënt kan baie help om die angstigheid te verminder. 'n Ander faktor wat angstigheid verhoog, is die ervaring van pyn tydens die wondbehandelings. Dit veroorsaak 'n bese kringloop aangesien die verwagte pyn angstigheid vererger en die angstigheid weer die pynervaring versterk.

2.5.5 Woede en skuldgevoelens

Die pasiënt ervaar dikwels ook ernstige skuldgevoelens en woede oor wat gebeur het. Die woede kan teen die pasiënt gerig wees of teen ander persone wat die ongeluk veroorsaak het. Woede word dikwels ook teen die personeel gerig, veral omdat die behandeling pynlik is. Familiëlede se reaksie op die ongeluk mag ook woede by die pasiënt ontlok. Familiëlede moet aangeraai word om nie finansiële of ander probleme met die pasiënt te bespreek nie. Dit kan skuldgevoelens en woede ontlok. Gesinslede mag ook skuldgevoelens ervaar indien hulle glo dat hulle verantwoordelik was vir die ongeluk. Familiëlede moet die geleentheid gegun word om uitdrukking te gee aan hierdie gevoelens. Die ouers van 'n kind wat brandwonde opgedoen het, het bv. waarskynlik 'n behoefte daaraan om te praat oor die omstandighede wat tot die ongeluk gelei het, ten einde hulleself te verseker dat hulle korrek opgetree het en nie in hulle ouerlike plig gefaal het nie.

2.5.6 Verlies

Die brandwondpasiënt lei 'n groot aantal verliese, soos verlies aan gesondheid, verlies aan die gevoel van onkwesbaarheid, verlies aan aantreklikheid, verlies aan ledemate, verlies aan funksie van ledemate, verlies aan outonomie en verlies aan nabyheid van familiëlede. Die pasiënt moet die geleentheid kry om deur die rouproses te gaan om hierdie verliese te verwerk.

2.5.7 Finansiële probleme

Ernstige finansiële probleme mag ontstaan omdat die pasiënt tydelik of permanent ongeskik vir werk mag wees. Pasiënte wat tydelike werknemers is, kan dikwels nie op siekteverlof aanspraak maak nie en ondervind 'n verlies aan inkomste. Hospitalisasie bring ook ekstra

uitgawes mee. Pasiënte wat in huisbrande beseer is, verloor dikwels al hulle besittings in die brand.

2.5.8 Gesinsprobleme

Verhoudingsprobleme wat reeds voor die ongeluk bestaan het, word dikwels vererger a.g.v. die ekstra spanning wat die brandwond meebring. Pasiënte wat deur hulle huweliksmaats aangerand is, het besondere verhoudingsprobleme. Die brandwond noodsaak dikwels ook veranderde rolle en verhoudings in die gesin. Die pasiënt kan ook probleme ondervind met aanvaarding deur sy familie en gemeenskap a.g.v. veranderde voorkoms. Sommige pasiënte regresseer na 'n vorige stadium en verkies om na hulle gesin van oorsprong terug te keer, eerder as na hulle eie gesinne.

2.6. MAATSKAPLIKEWERK-HULPVERLENING

Brandwonde kan beskryf word as maatskaplike probleme. Dit kom veral voor onder persone in laer sosio-ekonomiese omstandighede en gaan dikwels gepaard met alkoholmisbruik, aanranding en huwelikskonflik. Maatskaplikewerk-hulpverlening is dus onontbeerlik.

2.6.1 Doelstelling en doelwitte van maatskaplikewerk-hulpverlening

Die doelstelling van maatskaplikewerk-hulpverlening in die brandwondeenheid is om die pasiënt by te staan in die rehabilitasieproses sodat hy die hoogs moontlike mate van fisiese en maatskaplike funksionering kan bereik.

Doelwitte behels die volgende:

- hulp aan die pasiënt en sy gesin i.v.m. emosionele en praktiese probleme wat deur die brandbesering veroorsaak is,
- hulp i.v.m. maatskaplike en emosionele probleme wat die rehabilitasie van die pasiënt belemmer,
- hulp i.v.m. die identifisering en benutting van hulpbronne in die gemeenskap tot voordeel van die pasiënt, en

- hulp aan die brandwondspan om die pasiënt beter te verstaan deur die verskaffing van agtergrondsinsigting.

2.6.2 Die fases van hulpverlening

Die maatskaplike werker assesser die pasiënt se omstandighede en steunstelsels. Kennis van die pasiënt se pre-morbiede funksionering is belangrik vir die bepaling van doelstellings vir rehabilitasie. Dit is ook belangrik vir die identifisering van maatskaplike probleme en die bepaling van doelstellings vir maatskaplikewerk-hulpverlening. Inligting word ingesamel oor die omstandighede wat tot die besering gelei het, die pasiënt se premorbiede funksionering, die houding van die familie en die pasiënt t.o.v. die brandwondbesering, die interpersoonlike verhoudings van die pasiënt en hulpbronne waaroor die pasiënt beskik.

Hulpverlening aan die pasiënt verloop in drie fases wat saamhang met die fases van die mediese behandeling. Gedurende die nood fase is die maatskaplike werker dikwels nie so betrokke by die pasiënt nie, aangesien die pasiënt in hierdie fase nog om sy lewe veg. Hulpverlening sentreer rondom ondersteuning van die pasiënt en die verligting van angstigheid. Die familie benodig in hierdie fase baie ondersteuning en moet ook ingelig word oor prosedures en gebruike in die eenheid.

In die akute fase word die pasiënt bewus van die verliese wat hy gelei het en die aanpassings wat hy moet maak. In hierdie fase speel krisisingryping 'n belangrike rol. Daar word gefokus op die ongeluk en die betekenis wat dit vir die pasiënt inhou. Die pasiënt word gehelp om die krisis te verwerk. Individuele hulpverlening sowel as groepwerk word benut om die pasiënt emosioneel te ondersteun. Die maatskaplike werker verleen ook hulp met probleme wat spruit uit die beserings. Dit sluit finansiële hulp, hulp i.v.m. die aansoek om toelaes, hulp i.v.m. werksrehabilitasie en verwysings na bronne in die gemeenskap in. Kontak word gemaak met werkgewers om te verseker dat die pasiënt kan terugkeer na sy vroeëre beroep. Soms word daar met die werkgewer onderhandel oor die aanwending van die werker in 'n ander hoedanigheid indien die besering dit vereis.

Premorbiede maatskaplike probleme belemmer dikwels die rehabilitasie van die pasiënt en moet dus aangespreek word. In hierdie verband hanteer die maatskaplike werker probleme soos gesinsverhoudingsprobleme, huweliksprobleme, alkohol-afhanklikheid, dwelmmiddelafhanklikheid, kindermishandeling en kinderverwaarlosing. 'n Belangrike aspek van maatskaplikewerk-hulpverlening is om te verseker dat daar sisteme in die omgewing is wat die pasiënt kan ondersteun na sy ontslag uit die hospitaal. Navorsing het getoon dat die mate

van ondersteuning wat pasiënte van hulle familie geniet bepalend is vir suksesvolle rehabilitasie (Weinberg en Miller 1983:103).

In die rehabilitasiefase is die pasiënt reeds uit die hospitaal ontslaan. Dit is egter 'n baie moeilike fase vir die pasiënt aangesien hy gedurende hierdie fase gekonfronteer word met die realiteit van sy situasie en nie meer in die beskermende omgewing van die hospitaal verkeer nie. Die pasiënt word reeds gedurende die akute fase na bronne in die gemeenskap verwys vir verdere hulpverlening indien dit nodig is. Die maatskaplike werker handhaaf egter 'n oopdeurbeleid en pasiënte word op 'n buite-pasiënt basis gespreek vir verdere hulpverlening. Evaluering van die sukses van hulpverlening vind deurlopend plaas.

2.7 DIE MULTI-DISSIPLINêRE SPAN

Aangesien brandwonde 'n komplekse mediese probleem is, is dit nodig dat hulpverlening binne 'n spanbenadering geskied. Die taak van die maatskaplike werker is alreeds bespreek. Vervolgens sal die take van die ander spanlede kortliks toegelig word.

2.7.1 Die geneesheer

Die geneesheer staan normaalweg aan die hoof van die span en dra die uiteindelijke verantwoordelikheid vir die totale behandeling van die pasiënt. Die geneesheer diagnoseer en behandel die mediese toestand van die pasiënt, bepaal doelstellings vir rehabilitasie en inisieer die behandeling deur ander spanlede te betrek soos nodig. Chirurgie is 'n belangrike deel van die geneesheer se werk in die brandwondeenheid. Die geneesheer koördineer die behandeling en verskaf opvolgbehandeling.

2.7.2 Die verpleegkundige

Die verpleegkundige is 'n belangrike lid van die span en is die persoon wat waarskynlik die meeste kontak met die pasiënt het. Die verpleegkundige samel inligting in oor die toestand van die pasiënt, voer opdragte van die geneesheer uit en tree ook onafhanklik op in die versorging van die pasiënt. Die verpleegster is verder verantwoordelik vir die versorging en die voorbereiding van die wonde sodat veloorplantings gedoen kan word. Wondversorging is 'n pynlike proses en neem baie tyd in beslag. Verpleegkundiges probeer om infeksie te voorkom en pyn te beheer.

2.7.3 Die dieetkundige

Pasiënte met brandwonde is hiperkatabolies en benodig voedingsondersteuning. Brandwondinfeksie, ontoereikende omgewingstemperatuurbeheer en vertraagde wondgenesing lewer 'n belangrike bydrae tot die verhoogde metaboliese behoeftes van hierdie pasiënte wat soms so veel as tweemaal die normale waardes kan oorskry. Die dieetkundige bepaal die voedingsbehoefte van elke pasiënt, beplan die voedingsprogram en kontroleer die voedingstoestand. Sy pas die dieet aan namate die pasiënt se voedingsvereistes verander.

2.7.4 Die fisioterapeut

Die fisioterapeut se funksie is om die pasiënt se mobiliteit in stand te hou en te verbeter. Sy verseker dat die pasiënt soveel as moontlik van die funksie van sy ledemate behou. Dit word gedoen deur posisionering, oefeninge en beweging. Die fisioterapeut behandel ook die pasiënt se linge om infeksie te voorkom. Hierdie noodsaaklike behandeling is soms baie pynlik.

2.7.5 Die arbeidsterapeut

Die arbeidsterapeut se taak is om die pasiënt in staat te stel om onafhanklik te kan funksioneer. Sy doen dit deur beweging aan te moedig, hulpmiddels te ontwerp wat onafhanklikheid bevorder, spalkte te verskaf om die beweging van gewigte in stand te hou, drukklere te verskaf wat die vorming van littekens voorkom en beroepsrehabilitasie te bevorder.

2.7.6 Die sielkundige en predikant

Hierdie persone is beskikbaar en word betrek in die behandeling van die pasiënt wanneer dit nodig is. Pasiënte wat weens selfmoordpogings opgeneem is, wat aan erge depressie ly, wat amputasies ondergaan het of wat vir lang tydperke deliries is, word na die sielkundige verwys. Die sielkundige word ook betrek by die hantering van pyn. Die predikant help die pasiënt om vrae oor die sin van die lewe en die rede waarom juis hy brandwonde opgedoen het, te verwerk.

2.7.7 Die pasiënt

Die pasiënt se samewerking is onontbeerlik vir suksesvolle rehabilitasie. Sommige pasiënte word baie afhanklik en die strewe na onafhanklikheid ontbreek by hulle. Baie pasiënte wil eerder van 'n ongeskiktheidstoelaag afhanklik wees as om die moeisame weg van rehabilitasie

te volg. Rehabilitasie kan selde slaag sonder die samewerking van die pasiënt. Die oefeninge wat aan die pasiënt gedemonstreer en geleer word, moet gevolg word, selfs na ontslag van die pasiënt. Dit is dus belangrik dat die pasiënt opgevoed sal word om die belangrikheid van die terapie te verstaan en dat hy verbind sal wees tot die sukses van sy eie rehabilitasie.

2.8 SAMEWERKING BINNE SPANVERBAND

Spanlede kan nie onafhanklik van mekaar funksioneer nie en die gehalte van die rehabilitasie van die pasiënt word bepaal deur die gehalte van die onderlinge samewerking. Weeklikse spanvergaderings bevorder kommunikasie en samewerking. Die maatskaplike werker kan soms ook ander spanlede ondersteun. Werk met brandwondpasiënte is besonder veeleisend en veral die verpleegpersoneel is aan baie spanning onderworpe. Hulle voel dikwels dat hulle pyn vir die pasiënt veroorsaak aangesien sommige van die verpleegprosedures, soos verbandruiling en die skoonmaak van die wonde, noodwendig met pyn gepaard gaan. Sommige pasiënte verplaas hulle woede oor die ongeluk op die personeel en tree aggressief en beledigend op. Die verpleegpersoneel het dus ook ondersteuning nodig.

2.9 SAMEVATTING

Maatskaplike werk in die hospitaal vervul 'n sekondêre funksie. Die mediese behandeling van die pasiënt is die primêre funksie. Maatskaplikewerk-hulpverlening moet dus geskied binne die raamwerk van die mediese behandeling van die pasiënt. Die maatskaplike werker moet nie net die pasiënt se fisiese probleme in ag neem by die bepaling van doelstellings nie, maar ook die verwagtinge wat die ander spanlede koester t.o.v. maatskaplikewerk-ingryping. Maatskaplikewerk-hulpverlening word ook beïnvloed deur die tyd wat die pasiënt tot beskikking van die maatskaplike werker is, aangesien ander spanlede soos verpleegkundiges, fisioterapeute en arbeisterapeute ook baie tyd met die pasiënt deurbring. Die maatskaplikewerk-hulpverlening word egter ook positief beïnvloed deur die werk van ander spanlede, veral waar daar goeie samewerking binne spanverband is.

HOOFSTUK 3

TEORETIESE UITGANGSPUNTE

OOOR ALKOHOLAFHANKLIKHEID

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal 'n oorsig gegee word oor die belangrikste teoretiese uitgangspunte i.v.m. alkoholmisbruik en alkoholafhanklikheid. Volgens Louw (1989:342) onderskei die DSM-III-R tussen alkoholmisbruik en alkoholafhanklikheid. Alkoholmisbruik behels 'n patroon van patologiese gebruik van alkohol oor 'n tydperk van minstens een maand. Dit beteken dat die persoon voortgaan om alkohol te gebruik ongeag die sosiale, beroeps, sielkundige en fisiese probleme wat dit veroorsaak. Alkoholafhanklikheid beteken dat die persoon alkohol misbruik en ook afhanklik van alkohol is. Hierdie afhanklikheid word gekenmerk deur toleransie (die persoon moet meer alkohol inneem as vroeër om die verlangde effek te verkry) en onttrekkingssimptome wanneer alkoholinnome gestaak word. Daar is slegs 'n graadverskil tussen afhanklikheid en misbruik en vir die doel van hierdie tesis, sal beide groepe ingesluit word. Louw en Gouws (1989:370) wys daarop dat dit belangrik is om daarop te let dat alkoholafhanklikheid nie gemeet word aan die hoe, wat, waar en hoeveel van alkoholinnome nie, maar aan die kwaliteit van die drinker se funksionering.

3.2 DIE FASES VAN ALKOHOLAFHANKLIKHEID

In die nuutste navorsing op die gebied van alkoholafhanklikheid word beklemtoon dat afhanklikheid nie by alle persone volgens dieselfde patroon ontwikkel nie. Nogtans word Jellinek (1986) se indeling, in fases van ontwikkeling, wyd aanvaar en Louw en Gouws (1989:372) meld dat dit die mees algemene patroon verteenwoordig. Hierdie fases word as volg omskryf:

3.2.1 Die pre-alkoholiese fase

Die fase begin met die sosiale gebruik van alkohol. Sommige persone vind dat alkoholgebruik 'n kalmerende uitwerking op hulle het en wend hulle al hoe meer tot alkohol om spanning te verlig. Hulle drankgebruik neem algaande toe totdat hulle later feitlik daaglik drink.

Alkoholtoleransie mag voorkom, d.w.s. die persoon moet meer drink om dieselfde kalmerende effek te verkry.

3.2.2 Die vroeë alkoholiese fase

Kenmerkend van hierdie fase is die voorkoms van oomblikse floues. Die persoon kan die volgende dag nie onthou wat gebeur het terwyl hy die vorige dag onder die invloed van alkohol was nie. Ander kenmerke is skelmdrinkery, behepthed met alkohol, skuldgevoelens, gebruik van verdedigingsmeganismes en vermyding van verwysings na alkohol in alledaagse gesprekke.

3.2.3 Die kritieke fase

Die belangrikste kenmerk van hierdie fase is die verlies aan kontrole oor die inname van alkohol. Die persoon kan nie voorspel dat hy na een of twee drankies sal kan ophou drink nie. Dit lei daartoe dat hy aanhou drink totdat hy besope is of te siek is om aan te hou drink. In hierdie fase is die persoon reeds afhanklik van alkohol. Die persoon begin ook nou om te rasionaliseer. Hierdie rasionalisasies is in die eerste plek vir homself bedoel en stel hom in staat om met sy drinkery voort te gaan. Dit verlig egter ook sosiale druk. Du Plessis (1986:53-60) noem ook ander kenmerke van hierdie fase soos grootdoenerigheid, aggressiewe gedrag, intense skuldgevoelens, handhawing van periodes van soberheid, wysiging in drinkpatroon, regmakers, wegsteek van drank, geografiese ontvlugting, sosiale vereensaming, veranderde rolverdeling, probleme op alle lewensterreine, persoonlikheids- en gedragsverandering, fisiese agteruitgang, selfmoordgedagtes en 'n afname in die seksdrang.

3.2.4 Die chroniese fase

Gedurende hierdie fase is die persoon soms vir dae lank onder die invloed van drank. Daar vind 'n agteruitgang in sy denkvermoë en in sy morele en etiese waardes plaas. Indien alkohol nie beskikbaar is nie, sal die persoon ook enige ander middel, soos brandspiritus, drink. Die persoon ervaar 'n afname in toleransie. Ongegronde angste en vrees, gevorderde siektetoestande en breinskade mag ontwikkel. Uiteindelik stort die persoon se verdedigingsmeganismes in duie en word hy gedwing om sy probleem te erken. Vroeër was kenners van mening dat die persoon eers hierdie stadium moes bereik voordat hy gehelp kan word. Vandag word egter aanvaar dat hulp op 'n veel vroeër stadium aangebied kan word.

Ter opsomming kan gemeld word dat kennis van die verskillende fases nuttig is aangesien dit daartoe kan lei dat die terapeut meer begrip kan openbaar vir die gedrag van die afhanklike persoon in die onderskeie fases. Dit sal die terapeut in staat stel om empaties te reageer op die

afhanklike persoon. Dit moet egter in gedagte gehou word dat daar baie variasie bestaan in die patroon van die ontwikkeling van afhanklikheid.

3.3 OORSAKE VAN ALKOHOLAFHANKLIKHEID

Daar is verskillende faktore wat aanleiding gee tot die ontstaan van alkoholprobleme. Louw en Gouws (1989:382) noem bv. biologiese teorieë, psigodinamiese teorieë, die leerteoretiese perspektief en die sosiokulturele perspektief.

3.3.1 Biologiese teorieë

Tradisioneel is alkoholafhanklikheid as 'n siekte beskou en is aanvaar dat daar fisiese oorsake vir alkoholafhanklikheid bestaan. Hierdie siening word vandag wyd teengestaan (Heather en Robertson 1989:90-145), maar volgens Louw (1989:381-382) is daar navorsingsbevindinge wat daarop dui dat genetiese faktore wel 'n rol speel by alkoholmisbruik en -afhanklikheid.

3.3.2 Psigodinamiese teorieë

Volgens hierdie teorieë kan alkoholafhanklikheid teruggevoer word na die orale periode in die kinderjare. Die alkoholafhanklike is dan 'n persoon wat as kind moederlike liefde moes ontbeer en kompenseer daarvoor deur alkoholmisbruik. Die teenoorgestelde standpunt wat gehuldig word, is dat alkoholafhanklikheid ontstaan a.g.v. oormatige vertroeteling en beskerming wat lei tot 'n onvermoë om probleme te hanteer. Sulke kinders word volwassenes wat van verantwoordelikheid ontsnap deur alkoholmisbruik.

3.3.3 Die leerteoretiese perspektief

Volgens die leerteoretiese benadering is alkoholmisbruik 'n aangeleerde gedragsvorm om spanning te verminder. Die alkoholafhanklike persoon is, volgens hierdie benadering, iemand wat vind dat sy spanning verlig word deur alkoholinname en wat algaande al meer begin drink. Verhoogde inname van alkohol lei tot skuldgevoelens wat weer lei tot verdere misbruik. So ontstaan 'n bose kringloop wat uiteidelik kan lei tot afhanklikheid.

3.3.4 Die sosiokulturele perspektief

Roman (1882:370) beskryf die rol wat sosiale deprivasie in die ontstaan van alkoholprobleme kan speel. Volgens hierdie teorie word die laer sosio-ekonomiese groepe met die norme van

ekonomiese sukses van die samelewing gekonfronteer, maar hulle beskik nie oor die geleenthede om sukses te bereik nie. Hulle reageer dan hierop deur afwykende gedrag. Hierdie afwykende gedrag kan beteken dat die persoon die norme van die samelewing verwerp, sowel as die aanvaarde maniere waarop hierdie norme bereik moet word. In die geval van alkoholisme beteken dit dat die alkoholafhanklike sy rol as broodwinner en familielid verwerp en verkies om te ontvlug in alkoholisme.

Faktore soos huweliksprobleme, egskeiding en die dood van 'n huweliksmaat kan bydra tot die ontstaan van alkoholmisbruik en -afhanklikheid. Volgens die gesinsisteamteorie kan die probleem ook gesien word as 'n simptoom van ongesonde gesinsfunksionering.

Wat kulturele aspekte betref, noem Louw en Gouws (1989:384) drie interessante faktore, nl. die graad van stres en innerlike spanning wat deur die kultuur teweeggebring word, die houding teenoor alkoholinnamie wat deur die kultuur gehandhaaf word en die mate waarin die kultuur middele verskaf om bevrediging te verkry of om stres en spanning te hanteer. Die navorser is van mening dat konsepte uit die voorkoming-van-terugval-model soos beskryf deur Marlatt en George (1984:266) goed by hierdie teorie aansluit. Marlatt en George (1984) noem dat die persepsie wat 'n persoon het oor die tevredenheid wat hy uit die daaglikse lewe put en die eise wat die lewe aan hom stel, 'n groot invloed het op die persoon se behoefte aan onmiddellike behoeftebevrediging. Daar behoort 'n balans te wees tussen verpligtinge wat die persoon het en belonings of aktiwiteite wat aan hom plesier verskaf. Indien die persoon se persepsie is dat daar te veel verpligtinge in sy lewe is, sal daar 'n groter behoefte bestaan aan onmiddellike behoeftebevrediging. Alkohol word dikwels gesien as 'n middel wat vinnige verligting van spanning meebring.

Die navorser is van mening dat al hierdie teorieë 'n rol speel by die ontstaan van alkoholafhanklikheid. Sommige persone is weens genetiese faktore waarskynlik meer kwesbaar as ander persone, terwyl omgewingsfaktore, spanning, aangeleerde gedrag en sielkundige ontwikkeling ook bydra tot die ontstaan van alkoholprobleme. Verskillende faktore sal by verskillende persone aanleiding gee tot die probleem. In die geval van die huidige studiegroep, speel sosiokulturele faktore egter waarskynlik 'n baie groot rol.

3.4 BENADERINGS IN DIE HULPVERLENING AAN DIE ALKOHOLAFHANKLIKE PERSOON

Uit die literatuuroorsig het dit geblyk dat daar verskeie uitgangspunte in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon is wat teenoor mekaar gestel word. Hierdie twee

uitgangspunte is die siekte-konsep en die behaviouristiese benadering. Volgens Pattison, Sobell en Sobell (1977) het die siekte-konsep die veld van alkoholafhanklikheid tot dusver oorheers. Hulle het gevind dat huidige navorsing nie die aannames van hierdie benadering ondersteun nie en 'n nuwe benadering voorgestel. Vervolgens word die twee benaderings bespreek:

3.4.1 Die tradisionele beskouing van alkoholisme

Hierdie beskouing het in Amerika ontstaan gedurende die vyftigerjare en het saamgeval met die ontstaan van die Alkoholiste Anoniem-organisasie. Volgens Collins (1990:12) het die feit dat alkoholafhanklikheid in daardie stadium deur die Amerikaanse Mediese Vereniging as 'n siekte erken is, verder daartoe bygedra dat die benadering groot aansien geniet het. Die siekte-konsep is veral geformuleer deur Jellinek (1960). Die ontstaan van die siektekonsep het positiewe gevolge gehad deurdat 'n meer simpatieke houding teenoor alkoholafhanklike persone ontstaan het en navorsing gestimuleer is. 'n Nadeel van die siektekonsep was dat mediese hoofsaaklik in hospitale en inrigtings behandel is en dat voorkomende dienste in die gemeenskap skade gely het. Mense wat as *siek* geëtiketteer is, kon nie verantwoordelik gehou word vir hulle drinkgedrag nie. Dit het verder daartoe gelei dat slegs die persoon wat totaal alkoholafhanklik was, by hulpverlening betrek is. Swaar drinkers wat ernstige alkoholervervante probleme ervaar het, is nie bereik nie.

Daar bestaan verskillende beskrywings van die siektekonsep van alkoholafhanklikheid (Collins, Ottley en Wilson: 1990) en die beskouing geniet nog baie steun in Suid-Afrika sowel as in Amerika. In Engeland en Europa bestaan daar egter baie kritiek teen hierdie beskouing. Ernstige kritiek het veral ontstaan nadat wetenskaplik betroubare studies aan die lig gebring het dat sommige alkoholafhanklike persone wel in staat is om normaal te drink nadat hulle soberheid bereik het (Heather en Robertson 1989:107). Die belangrikste kenmerke van die siektekonsep van alkoholafhanklikheid kan soos volg opgesom word.

- (1) Alkoholafhanklikheid is 'n baie spesifieke, eenvormige toestand.
- (2) Alkoholafhanklike persone is essensieel verskillend van nie-afhanklikes. Die alkoholafhanklike het vermeende biologiese of sielkundige eienskappe wat normale alkoholgebruik onmoontlik maak.
- (3) Alkoholafhanklike persone het 'n onbeheerbare drang na alkohol en het kontrole oor inname verloor.

(4) Die verlies aan kontrole is onomkeerbaar. Alkoholafhanklikheid kan nie genees word nie, slegs in bedwang gehou word deur geheelonthouding.

(5) Alkoholafhanklikheid is 'n progressiewe siekte wat ontwikkel volgens bepaalde fases.

3.4.2 Moderner beskouinge oor alkoholafhanklikheid

Teenoor die tradisionele siening, het Pattison, Sobell en Sobell (1977) die meer moderne siening geformuleer. Hierdie siening word deur Collins (1990) onderskryf. Dit is veral die leerteoretiese uitgangspunte wat tans erkenning geniet. Die nuwe uitgangspunte word as volg geformuleer.

(1) Daar is nie 'n enkele verskynsel wat as alkoholafhanklikheid gedefinieer kan word nie. Alkoholafhanklikheid sluit 'n verskeidenheid van sindrome in, wat gedefinieer word aan die hand van patrone van drankgebruik en die negatiewe fisiese, sielkundige of maatskaplike gevolge van drankmisbruik.

(2) Daar is nie 'n duidelike onderskeid tussen alkoholafhanklike persone en nie-afhanklike of pre-afhanklike persone nie. Alkoholprobleme kom op 'n kontinuum voor, met normale alkoholgebruik op die een punt en ernstige afhanklikheid op die ander.

(3) Enige persoon wat alkohol oor 'n lang tydperk gebruik, kan alkoholafhanklikheid ontwikkel. Daar is geen empiriese bewyse dat sommige persone 'n biologiese geneigdheid tot alkoholafhanklikheid het nie.

(4) Die ontwikkeling van alkoholprobleme verloop nie noodwendig volgens 'n vaste patroon nie en lei nie altyd tot ernstige afhanklikheid nie.

(5) Die gebruik van 'n klein hoeveelheid alkohol deur 'n gerehabiliteerde afhanklike persoon, lei nie tot fisiese afhanklikheid of 'n fisiese behoefte aan meer alkohol nie. Daar is empiriese bewyse dat alkoholafhanklikheid omkeerbaar is.

(6) Rehabilitasie van alkoholafhanklikheid beteken nie in alle gevalle geheelonthouding nie, alhoewel dit dikwels met geheelonthouding saamgaan. Geheelonthouding is egter nie die enigste moontlike doelwit van hulpverlening nie.

(7) Die veld van alkoholprobleme is wyd en daarom behoort 'n verskeidenheid dienste ontwikkel te word om mense met verskillende behoeftes te bedien.

(8) Alkoholprobleme gaan saam met ander maatskaplike probleme en gevolglik behoort elke persoon se individuele behoeftes geassesseer te word. Doelwitte vir hulpverlening moet realisties wees en grade van verbetering moet erken word. Evaluering van die sukses van hulpverlening moet verandering op alle lewensterreine in berekening bring en nie uitsluitlik op alkoholgebruik fokus nie.

(9) Aangesien daar 'n sterk verband bestaan tussen drinkgedrag en invloede uit die omgewing, behoort die persoon se omgewing in aanmerking geneem te word by hulpverlening.


Alkoholafhanklikheid is 'n komplekse probleem en die navorser is van mening dat die siekte-beskouing nie voldoende verklaring bied vir die uiteenlopende ervarings van verskillende probleemdrinkers nie. Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die moderner beskouing van afhanklikheid meer klem lê op die individualisering van probleemgedrag by alkoholafhanklike persone. Dit bring mee dat doelwitte vir elke individu bepaal word en dat meer hulpverleningstegnieke tot die beskikking van die terapeut is. Hulpverlening kan ook binne verskillende omgewings aangebied word en word nie beperk tot binne-pasiënte behandeling in 'n hospitaal of kliniek nie. Die moderner siening maak vroeë ingryping en voorkomende werk moontlik en hulpverlening hoef nie uitgestel te word totdat die pasiënt die fase van chroniese afhanklikheid bereik nie.

3.5 MODELLE VAN HULPVERLENING

Leckie (1990:57) noem dat die maatskaplike werker reeds oor vaardighede beskik wat in die hulpverlening aan die alkoholis benut kan word. Volgens hom is die sisteemteorie, psigoterapie, krisisingryping en die taakgesentreerde benadering veral belangrik. Die biologiese terapieë, gedragsverandering en die opvoedkundige benadering word ook algemeen in Suid-Afrika gebruik. Hierdie benaderings word vervolgens bespreek.

3.5.1 Biologiese terapieë

In die meeste hulpverleningsprogramme is detoksifikasie die eerste oogmerk. Dit geskied normaalweg onder mediese toesig en kalmeermiddels mag voorgeskryf word.

Medikasie wat ook dikwels in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon gebruik word, is *Antabuse*. Indien die persoon alkohol saam met hierdie middel gebruik, laat dit hom uiters siek voel. Simptome soos naarheid, vomering, hoofpyn, sweet, hartkloppings, swakheid, verwardheid, hiperventilasie, dowwe  en lae bloeddruk kom voor. Indien

Antabuse as deel van 'n meervoudige hulpverleningsprogram aangewend word, kan dit 'n baie belangrike hulpmiddel wees.

3.5.2 Psigodinamiese terapie

Volgens Miller en Reid (1986:133) het psigodinamiese terapie met alkoholafhanklike persone 'n baie lae suksessyfer. Die meeste studies wat hulle bestudeer het, het geen verskil getoon tussen persone wat psigoterapie ontvang het, en die wat dit nie ontvang het nie. Volgens Louw en Gouws (1989:387) is baie alkoholafhanklike persone nie in staat om onbewuste materiaal te verwerk nie en dit kan lei tot meer spanning en frustasie. Indien psigoterapie wel gebruik word, moet gekonsentreer word op die redes waarom die persoon beskonke wil wees, eerder as nugter. Daar moet op drinkgedrag gefokus word. Dit mag egter ook nodig wees om aandag te gee aan die psigopatologie van die pasiënt, soos afhanklikheid of aggressie. Die psigososiale model wat in die maatskaplike werk benut word, is gegrond op hierdie teorie. Die psigososiale diagnose word beklemtoon en daar word gefokus op die persoon-in-die-situasie. Tegnieke soos reflektering, interpretasie, ventilasie, ondersteuning en manipulering van die omgewing word benut. Langtermyn doelstellings word nagestreef. Du Plessis (1986:124) is van mening dat hierdie model wel binne inrigtingsverband benut kan word, maar dat minder geskik is wanneer hulpverlening op 'n buitepasiëntbasis onderneem word. Die rede hiervoor is dat die alkoholafhanklike persoon baie van verdedigingsmeganismes en ontvlugting gebruik maak. Die gevaar bestaan dat hierdie gedrag versterk kan word indien die terapeut van die psigososiale model gebruik maak. Sekere aspekte van die benadering soos warmte, die respek vir die individu, empatie en openheid geld egter ook in hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon.

3.5.3 Gedragsterapie

Gedragsterapie word vandag hoog aangeskryf deur baie kenners op die gebied van alkoholafhanklikheid. Sommige navorsers (Heather en Robertson (1989:196-198) beskryf die gebruik van aversieterapie waar die gebruik van alkohol met 'n onaangename stimulus geassosieer word. Elektriese skokke of braakmiddels word benut as onaangename stimuli. 'n Nuwer ontwikkeling is die gebruik van suggestie om die skokke of chemiese middels te vervang. Volgens Louw en Gouws (1989:388) is hierdie vorm van aversieterapie nie baie suksesvol nie en konsentreer gedragsterapeute vandag meer op die aanleer van sosiale vaardighede. Daar word veral gekonsentreer op selfhandhawing en probleemoplossingsvaardighede. Volgens Baldwin (1990:68) val die klem in die maatskaplike werk op die sosiale leerteorie as onderafdeling van gedragsterapie. 'n Analise word gedoen van die faktore wat lei tot alkoholmisbruik sowel as die gevolge van alkoholmisbruik.

Persoonlike verantwoordelikheid word beklemtoon en die kliënt word in staat gestel om nuwe gedragspatrone aan te leer.

3.5.4 Krisisingryping

Krisisingryping behels intensiewe korttermynbehandeling wat in 'n krisissituasie gelever word. Dit bied 'n geleentheid tot groei en ontwikkeling. Volgens Golan (1979:500) is baie persone meer toeganklik vir hulpverlening wanneer hulle in 'n krisis verkeer. Hulle verdedigingsmeganismes is dan laer en die kliënt is meer emosioneel toeganklik. Die terapeut maak van hierdie situasie gebruik om nuwe metodes van probleemoplossing aan die kliënt te leer en verkeerde persepsies reg te stel. Die doelstellings van krisisingryping is:

- (1) die verligting van spanning,
- (2) herstelling tot vorige vlakke van funksionering,
- (3) ontwikkeling van begrip vir die faktore wat aanleiding gegee het tot die ontstaan van die krisis,
- (4) identifisering van regstellende aksies wat die kliënt of sy familie kan neem,
- (5) bepaling van die verband tussen die huidige krisissituasie en vorige gedragspatrone en
- (6) ontwikkeling van nuwe patrone van denke, gevoelens en gedrag vir toekomstige suksesvolle funksionering.

Dit is bekend dat daar dikwels eers 'n krisis nodig is in die lewe van die alkoholafhanklike persoon voordat hy gebruik sal maak van hulpverlening. Hierdie model kan dus van groot waarde wees in die hantering van die alkoholafhanklike persoon.

3.5.5 Opvoedkundige strategieë

Baie hulpverleningsprogramme bevat 'n opvoedkundige element waarvolgens lesings en films oor alkohol en alkoholisme aangebied word as deel van die hulpverleningsprogram. Dit sluit gewoonlik inligting in oor die negatiewe effek van alkoholmisbruik op die gesondheid en gedrag van die kliënt. Miller en Reid (1986:138) beweer dat die effektiwiteit van hierdie tipe hulpverlening nie deur navorsing bevestig is nie en dat dit minder prominensie behoort te geniet binne hulpverleningsprogramme as wat tans die geval is.

3.5.6 Die taakgesentreerde model

Die taakgesentreerde model is 'n korttermyn model wat konsentreer op die kliënt se onmiddellike probleem. Die kliënt en die maatskaplike werker kom tot 'n ooreenkoms oor die doelstellings wat bereik moet word en die tydsduur waarbinne dit bereik moet word. Volgens hierdie model kan probleme toegeskryf word aan 'n tekort aan bronne of aan 'n afwesigheid van vaardighede by die persoon. Hulpverlening verloop volgens 'n proses en behels:

(1) Aanmeldingsfase

Die verwagtinge van die aanmeldingsagent word opgeklaar en bespreek.

(2) Probleembepaling

Die probleme en verwagtinge van die persoon self word bespreek en dit word onderskei van die verwagting van die aanmeldingsagent.

(3) Kontrakfase

'n Kontrak word gesluit tussen die maatskaplike werker en die kliënt. Die kontrak sluit die probleme, doelstellings van die kliënt, take van die kliënt, take van die maatskaplike werker en tydsduur van die intervensie in.

(4) Hulpverleningsfase

In hierdie fase word daar gefokus op die probleemoplossende werk. Die maatskaplike werker verkry die nodige bronne, help die kliënt om die nodige vaardighede te ontwikkel en help die kliënt om sy take uit te voer.

(5) Afsluiting

Die werk kan afgesluit word volgens die beplanning in die kontrak of daar kan besluit word op 'n verlenging van die kontrak, slegs indien die kliënt dit nodig vind.

Volgens Du Plessis (1986:128) is hierdie model geskik vir die hulpverlening aan alkoholafhanklike persone omdat dit die persoon se selfbeeld versterk: as hy aktief betrek word in die hulpverleningsproses. Die suksesvolle uitvoering van take versterk ook die persoon se motivering.

3.5.7 Eko-sisteem teorie

Volgens hierdie teorie is daar 'n gedurige wisselwerking tussen die persoon en sy omgewing. McKendrick (1991:141) noem drie konsepte in hierdie benadering wat belangrik is in die hulpverleningsproses, nl. aanpassing, spanning en hanteringsvaardighede.

(1) Aanpassing

Wanneer die persoon nie ernstige maatskaplike probleme ervaar nie, bestaan daar 'n goeie balans tussen sy behoeftes, regte en doelstellings en dit wat die omgewing bied. Die persoon is dus goed aangepas in sy omgewing. Aangesien die persoon en die omgewing voortdurend verander, is hierdie aanpassing 'n dinamiese proses.

(2) Spanning

Wanneer daar 'n botsing is tussen die persoon se behoeftes, regte of doelstellings en dit wat die omgewing bied, ontstaan daar spanning. Die persoon kan ook ervaar dat hy nie oor die vermoë beskik om te voldoen aan die eise wat die omgewing aan hom stel nie. Die persoon se persepsie van die eise en van sy vermoë is hier van groot belang. Verskillende persone sal nie dieselfde waarde aan dieselfde stressor heg nie.

(3) Hanteringsvaardighede

Hanteringsvaardighede sal bepaal word deur bronne in die persoon self, sowel as bronne in die omgewing. Die subjektiewe ervaring van spanning ontlok 'n reaksie waarvolgens die persoon probeer om die balans te herstel. Hierdie pogings kan op die spanning tussen die persoon en sy omgewing gerig wees of op die emosionele reaksie wat a.g.v. die spanning ontstaan het.

Die maatskaplike werker se taak is om balans tussen die persoon en sy omgewing te herstel, te verbeter of in stand te hou. Dit word gedoen deur veranderinge in die omgewing aan te bring, probleemoplossende vaardighede te bevorder en positiewe gedrag te ondersteun. In die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon, is dit belangrik dat die persoon se totale situasie in oënskou geneem word. Die terapeut moet bepaal watter sisteem drinkgedrag ondersteun en watter sisteem druk uitoefen op die persoon om te verander. Dit mag dus nodig wees om met meer as een sisteem te werk om die klient te help om soberheid te verkry en te handhaaf.

In die hospitaalopset blyk dit dat elemente van verskillende van die modelle benut kan word in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Eerstens is die eko-sisteem teorie belangrik en word dit beskou as die oorkoepelende teorie waarbinne hulpverlening plaasvind.

Die pasiënt is deel van sy omgewing en die onderlinge invloed kan nie buite rekening gelaat word nie. Tweedens verkeer die brandwondpasiënt in 'n krisissituasie en kan krisisingryping benut word om die pasiënt in staat te stel om uit die krisis te leer en sy maatskaplike funksionering te verbeter. Derdens kan die aanwending van die taakgesentreerde benadering en die opvoedkundige benadering die verloop van die probleemoplossende proses bevorder.

3.6 MOTIVERING

Motivering word algemeen aanvaar as 'n kritieke faktor in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Dit word in die literatuur beskryf as 'n voorvereiste vir hulpverlening waarsonder die terapeut niks kan bereik nie. (Clinebell 1978:220).

Gebrek aan motivering word dikwels aangevoer as die rede waarom hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon nie slaag nie. Volgens Fox (1967:772) verkies die meeste kliënte vir baie jare om nie hulle afhanklikheidsprobleem te erken nie en gebruik hulle verdedigingsmeganismes soos ontkenning, rasionalisasie, regressie en projeksie. Belsten (1988:91) en De Miranda (1988:87) beskryf ook ander verdedigingsmeganismes wat dikwels deur die alkoholafhanklike persoon gebruik word nl. minimalisering, manipulasie, intellektualisering, repressie en verplasing. Die afhanklike persoon het hierdie verdedigingsmeganismes nodig omdat dit vir hom te pynlik is om te erken dat hy afhanklik is of omdat 'n lewe sonder alkohol vir hom te pynlik voorkom. Dit beteken dat in die afhanklike persoon se ervaring, die voordele van alkoholmisbruik die nadele daarvan oorskadu. Vroeëre skrywers het die gebrek aan motivering as 'n karaktertrek beskou en die Alkoholiste Anoniem-beweging glo dat die alkoholafhanklike persoon eers 'n algehele laagtepunt in sy lewe moet bereik, voordat hy gehelp kan word.

Hierdie siening het daartoe gelei dat die tegniek van konstruktiewe konfrontering ontwikkel is. Dit is 'n poging om die kliënt te help om op 'n vroeë stadium van sy verdedigingsmeganismes afstand te doen. Hierdie tegniek sal vervolgens bespreek word.

3.6.1 Konstruktiewe konfrontasie

Konstruktiewe konfrontasie vind gewoonlik plaas deurdat die alkoholafhanklike persoon deur die belangrike persone in sy omgewing (bv. eggenote en ander familieleden, werkgever en vriende) gekonfronteer word met die gevolge van sy alkoholmisbruik vir hulle. Konfrontasie geskied binne 'n klimaat van aanvaarding van die persoon. Persone wat deelneem aan die proses, moet emosioneel kalm wees en nie met woede reageer op die alkoholafhanklike nie,

aangesien dit kan lei tot die gebruik van verdedigingsmeganismes. Die realiteit van die situasie word op 'n besorgde manier oorgedra en die persoon word gekonfronteer met feite omtrent sy situasie. Hierdie feite moet volledig genoeg wees om die alkoholafhanklike 'n geheelbeeld van sy probleem te laat verkry. Die persone wat betrek word by konfrontasie ontvang leiding oor die tegnieke wat gebruik kan word en kan selfs betrek word in 'n rollespel om die tegnieke te oefen. Die doelstelling van konfrontasie is om die persoon te motiveer om hulpverlening te aanvaar. Daar moet 'n kontrak met die persoon gesluit word oor watter vorm die hulpverlening gaan aanneem en wat die gevolge sal wees indien hy nie sy gedrag verander nie.

Gentilello et al. (1988) het 'n studie gedoen oor die effektiwiteit van konstruktiewe konfrontering as 'n metode om traumapasiente te motiveer om hulpverlening vir alkoholafhanklikheid te ontvang. Negentien pasiënte is geïdentifiseer as alkoholafhanklik. Sewentien van die pasiënte se families het ingestem tot die gebruik van hierdie metode. Die families is versoek om 'n lys saam te stel van betekenisvolle persone wat 'n bydrae kon lewer in die motivering van die pasiënt, soos bv. vriende, werkgewers, bure en ander familieleden. Inligting is aan die persone verskaf oor alkoholafhanklikheid en oor die metode van intervensie. Hulle is voorberei deur 'n opgeleide persoon en 'n video is aan hulle vertoon. Die deelnemers moes 'n lys maak van geleenthede waar hulle direkte getuies was van die pasiënt se alkoholmisbruik en van die gevolge wat dit vir hulleself en die pasiënt ingehou het. Voor die pasiënt se ontslag, is 'n vergadering gehou waar elk van hierdie persone die pasiënt gekonfronteer het met sy alkoholmisbruik en die gevolge daarvan. Dit het onder leiding van 'n opgeleide persoon geskied wat toegesien het dat 'n atmosfeer van aanvaarding en besorgdheid gehandhaaf word. Al sewentien van die pasiënte het aanvaar dat hulle hulp benodig en is oorgeplaas na 'n binnepasiëntkliniek vir alkoholafhanklike persone. Van der Walt en Van der Westhuizen (1990) het soortgelyke positiewe resultate verkry in die J.G. Strijdom-hospitaal in Johannesburg. Hulle het gevind dat 84% van pasiënte met wie hierdie metode benut is, vir hulpverlening aangemeld het, terwyl slegs 8% van die kontrolegroep positief gereageer het. In die positiewe groep is van direkte verwysing gebruik gemaak.

Alhoewel die resultate van hierdie studies positief is, is die navorser tog van mening dat daar nadele verbonde is aan die gebruik van konstruktiewe konfrontasie. 'n Kliënt met 'n swak selfbeeld kan die proses baie maklik as afbrekend ervaar. Die proses kan dan kontraproduktief wees deurdat dit die verdedigingsmeganismes in werking sal stel. Tekortkominge in die vermoëns van familieleden, bv. waar 'n familielid nie in staat is om sy emosies te beheer nie en met woede reageer op die pasiënt, of die gebrek aan 'n goeie verhouding tussen die familielid en die pasiënt, is verdere negatiewe indikatore vir die gebruik van konstruktiewe konfrontasie. Die studies dui egter wel op die belangrikheid van die

pasiënt se sosiale sisteme in hulpverlening en die noodsaaklikheid daarvan dat die familie betrek moet word by die hulpverlening.

3.6.2 Die gebruik van groepwerk om motivering te verbeter

Panepinto en Simmons (1986) beskryf verskillende tegnieke wat in groepsverband gebruik kan word om motivering te verbeter:

- 'n Bespreking van die hoeveelheid alkohol wat gebruik word en die frekwensie van gebruik kan daartoe lei dat groeplede beter insig ontwikkel in die omvang van hulle afhanklikheid.
- 'n Bespreking van drinkgedrag en aspekte soos hunkering na alkohol, poging om alkoholinnome te beheer, onvermoë om inname te beheer en volgehoue alkoholgebruik ten spyte van die negatiewe gevolge daarvan, kan lei tot beter begrip van die konsep *verlies van beheer*.
- 'n Bespreking van persoonlikheidsveranderinge wat groeplede ondergaan terwyl hulle onder die invloed van alkohol is, wat dikwels verband hou met fisiese geweld, kan bydra tot die vermindering van ontkenning.
- 'n Bespreking van die uitwerking van alkohol op die gesondheid en op die verskillende organe, op die emosionele belewenisse, op interpersoonlike verhoudinge soos huweliksverhoudinge, ouer-kind verhoudinge en sosiale verhoudinge, en op die beroepsarbeid kan die groeplede meer bewus maak van areas in hulle lewe waar alkohol wel pyn en ongemak veroorsaak en kan motivering verbeter.

Groepwerk is dus 'n metode wat besonder geskik is vir die motiveringsfase van die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Dit het die bykomende voordeel dat groeplede ook leer uit ander se ervarings aangesien nie almal dieselfde negatiewe gevolge van misbruik in al die areas van hulle lewe ervaar nie. Die groep bied aan die lede ondersteuning aangesien hulle ervaar dat ander persone dieselfde probleme het. Skuldgevoelens kan op hierdie wyse verminder word en dit dra weer by tot die vermindering van die gebruik van verdedigingsmeganismes.

Gedurende die tagtigerjare het interessante nuwe teorieë op die gebied van motivering ontstaan, wat die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon positief kan beïnvloed. Hierdie teorieë handel oor motiverende onderhoudvoering en die fases van verandering.

3.6.3 Motiverende onderhoudvoering

Miller (1985:88) voer aan dat gebrekkige motivering nie gesien moet word as 'n karaktertrek van alkoholafhanklike persone nie, maar dat die terapeut se houding en optrede teenoor 'n pasiënt 'n verskil maak aan sy motivering. Pasiënte wat nie met die terapeut se siening van sy probleem saamstem nie, wat nie baie ongemak oor die probleem openbaar nie en wat nie saamwerk met die terapeut se hulpverleningsprogram nie, word normaalweg as ongemotiveerd beskryf. Miller redeneer dat die terapeut dit moet vermy om pasiënte as ongemotiveerd te klassifiseer en eerder moet konsentreer op tegnieke wat motivering sal verbeter. Motiverende tegnieke is tegnieke wat die waarskynlikheid sal vergroot dat die persoon sal inskakel by 'n hulpverleningsprogram, sal volhou daarmee en sy gedrag sal verander. Motivering is nie 'n statiese eienskap nie, maar 'n dinamiese proses. Dit kan verander en ontwikkel en dit moet dwarsdeur die verloop van die hulpverleningsproses aandag geniet. Verskillende skrywers (Miller 1985:87 en Amodeo and Liftik 1990:134) meld dat dit nie nodig is dat die afhanklike persoon aanvanklik hoef te erken dat hy alkoholafhanklik is nie, maar dat dit voldoende is indien die persoon kan aanvaar dat 'n probleem bestaan. Indien motivering so gesien word, bring dit mee dat die terapeut 'n meer aktiewe rol kan speel om motivering te verbeter. Volgens Miller (1985) kan die volgende tegnieke daartoe bydra dat 'n persoon besluit om sy gedrag te verander:

(1) Die gee van advies

Die eenvoudigste ingryping is om duidelike advies te gee dat die persoon sy gedrag moet verander saam met praktiese inligting oor hoe om op te hou drink. Geneeshere kan hier 'n belangrike rol speel aangesien hierdie ingryping min tyd in beslag neem en die pasiënt in baie gevalle hoë waarde heg aan advies van die geneesheer.

(2) Die gee van inligting oor die probleem

Dit behels dat die pasiënt se probleem behoorlik geassesseer word en dat hy terugvoer ontvang oor die erens van sy afhanklikheid. Die uitslag van toetse, soos toetse wat lewerfunksies bepaal, kan baie waardevol wees. Die onderliggende rasionaal is dat daar by die pasiënt ongemak geskep word oor die verskil tussen sy werklike toestand en sy ideale self.

(3) Die bepaling van doelstellings

Die persoon moet gehelp word om realistiese en spesifieke doelstellings te stel.

(4) Die gebruik van rolspel en modellering van gedrag

Die vertolking van 'n sober rol in 'n rolspel of die blootstelling aan persone wat reeds soberheid bereik het, kan daartoe bydra dat motivering verbeter.

(5) Die handhawing van kontak

Volgehoue kontak tussen die terapeut en die pasiënt bevorder die kliënt se samewerking.

(6) Die gebruik van eksterne druk

Die druk wat familie, vriende of werkgewers op 'n persoon uitoefen om sy gedrag te verander, kan 'n positiewe effek op sy motivering hê. Belonings van positiewe gedrag kan ook motivering verbeter.

(7) Die verskaffing van 'n keuse

Indien die pasiënt 'n keuse het oor watter hulpverleningsprogram hy wil volg, lei dit daartoe dat sy gevoel van eie-waarde verhoog word en dat hy meer verantwoordelik voel vir sy eie gedrag. Dit kan sy motivering baie verbeter.

(8) Die vermindering van die aantreklikheid van probleemgedrag

Intervensie wat daarop gemik is om die pasiënt bewus te maak van die negatiewe effek van probleemgedrag en die positiewe gevolge van soberheid, behoort motivering te verbeter.

Miller, Sovereign en Krege (1988:251) som die doelstellings van motiverende onderhoudsvoering soos volg op. Eerstens moet die persoon bewus word van die negatiewe effek van alkohol op sy lewe en die gevare wat dit vir hom inhou. Hy moet bewus word van die verskil tussen sy huidige omstandighede en die ideale wat hy vir homself koester. Tweedens moet daar alternatiewe beskikbaar wees. Die persoon moet voel dat daar hoop is vir hom en dat die doelstellings wat hy vir homself stel uitvoerbaar en realisties is. Derdens moet daar ondersteuning en empatie wees. Hierdie teorie stem ooreen met die van John (1991) wat veral twee konsepte beklemtoon in sy motiveringsteorie, nl dissonansie en selfbeeld. Volgens John (1991:86) kan dissonansie (d.w.s. die interne ongemak van die persoon oor sy alkoholgebruik) verhoog word deur die persoon te konfronteer met die eksterne realiteit. Die persoon se selfbeeld moet egter beskerm word aangesien die bedreiging daarvan daartoe sal lei dat hy meer gebruik maak van verdedigingsmeganismes.

3.6.4 Die-fases-van-verandering-model (*stages of change model*)

Prochaska en Diclemente (1983) se belangrike werk oor die fases-van-verandering-model het nuwe rigting gegee aan die denke oor motivering en baie hulpverleningsprogramme word tans daarop geskoei (Barrie 1990:159 en Davidson 1991:12). Hulle het voorgestel dat mense in vyf groepe ingedeel kan word op grond van hulle gedrag en gevoelens in die proses van verandering. Hierdie groepe behels die volgende:

(1) Voor-oorwegings groep (*pre-contemplation group*)

Vir hierdie groep is die voordele van hulle alkoholgebruik baie groter as die nadele daaraan verbonde. Hulle soek nie inligting oor alkoholverwante probleme en die hantering daarvan nie. Hulle dink nie dat hulle probleme het nie en glo normaalweg dat die probleem buite hulleself geleë is. Hulle het gewoonlik weerstand teen hulpverlening. Volgens Barrie (1990:160) kan hierdie persone in groepsverband gehelp word om hulle posisie t.o.v. alkoholmisbruik te heroorweeg. Inligting i.v.m. die effek van alkoholisme op hulle sosio-ekonomiese omstandighede kan ook gegee word en die persone kan gehelp word om die verband tussen alkoholmisbruik en probleme in te sien. Tegnieke soos konfrontasie, interpretasie en opvoeding is geskik vir hierdie fase.

(2) Oorwegingsgroep (*contemplation group*)

Hierdie groep is in daardie stadium van die veranderingsproses waar hulle die noodsaaklikheid om iets aan hulle probleem te doen, begin besef. Hulle misbruik steeds alkohol, maar is ontevrede met hulle eie gedrag en sal begin soek na inligting oor alkohol. Hulle ervaar egter ook huiwering en daar is konflik tussen die positiewe en negatiewe aspekte van alkoholmisbruik. Gedurende hierdie fase kan inligting oor alkohol en verwante probleme aan die persone gegee word sowel as inligting oor watter hulp beskikbaar is. Persone kan ook gehelp word om die probleme te identifiseer wat hulle ervaar as gevolg van alkoholmisbruik en om die voor- en nadele van voortgesette misbruik te oorweeg. Die byhou van dagboeke waarin probleemgedrag opgeteken word, kan bydra daartoe dat die persoon sy eie probleemgedrag beter begryp. Die doel van hierdie tegnieke is om die persoon se persepsie van die noodsaaklikheid om sy drinkgedrag te verander, te versterk.

(3) Aksiegroep (*action group*)

Individue in hierdie groep verander hulle gedrag daadwerklik. Hulle moet gehelp word om self verantwoordelikheid vir hulle gedragsverandering te aanvaar en om nie hulle suksesse en mislukkings aan die terapeut toe te skryf nie. Hierdie groep het baie ondersteuning en aanmoediging nodig en die professionele verhouding is vir hulle baie belangrik. Tegnieke in hierdie fase behels probleemoplossing en die bepaling van realistiese doelstellings. Daar moet

gekonsentreer word op die voorkoming van terugvalle deur situasies te bepaal wat 'n hoë risiko inhou vir die hervatting van vorige probleemgedrag en beter strategieë te beplan vir die hantering van hierdie situasies.

(4) Instandhoudingsgroep (*maintenance group*)

Hierdie groep het reeds ophou drink, maar gebruik steeds veranderingstegnieke om hulle sober gedrag in stand te hou. Hulle vermy moeilike situasies waar alkohol gebruik word en probeer om drinkgedrag te vervang met alternatiewe gedragswyses. Tegnieke in hierdie fase behels steeds die voorkoming van terugvalle, terwyl daar nou ook minder op drinkgedrag gefokus word en veranderinge aan die lewenstyl aandag geniet.

(5) Terugvalgroep (*relapse group*)

Hierdie groep het weer begin drink nadat hulle al soberheid bereik het. In hierdie fase kan die persoon weer veranderingstegnieke gebruik om soberheid te herwin. Die fase word beskou as deel van die hele veranderingsproses.

Die verskillende fases volg mekaar nie noodwendig kronologies op nie en persone kan wissel van een fase na 'n volgende of selfs na 'n vorige fase terugval. Vir suksesvolle hulpverlening is dit belangrik dat die terapeut moet bepaal in watter fase die kliënt is en sy hulpverlening daarby aanpas.

Uit die voorafgaande bespreking oor motivering is dit duidelik dat nuwe ontwikkelinge op hierdie gebied dit vir die terapeut moontlik maak om verskeie tegnieke aan te wend om die motivering van die kliënt te bevorder. Konstruktiewe konfrontasie, groepwerk en motiverende onderhoudsvoering kan almal benut word, afhangende van die omstandighede en eienskappe van die kliënt. Die terapeut kan ook die fases-van-verandering-model benut om te bepaal in watter fase van verandering die kliënt is en sy tegnieke daarvolgens kies.

3.7 SAMEVATTING

Die tradisionele siekte-konsep van alkoholafhanklikheid het die nadeel gehad dat dit hulpverlening beperk het tot die chronies-afhanklike persoon. In die meer moderne sosiale-leer benaderings word dit beklemtoon dat alkoholafhanklikheid op 'n kontinuum voorkom en is tegnieke ontwikkel wat ook gerig is op die probleem-drinker. Dit het daartoe gelei dat verskillende modelle van hulpverlening benut kan word tot die voordeel van die alkoholafhanklike kliënt. Motivering word ook nie meer net beskou as 'n karaktertrek van die

kliënt nie, maar die rol van die terapeut om gedragsverandering by die kliënt te bevorder, word beklemtoon. Die fases-van-verandering-model bied aan die terapeut 'n nuttige raamwerk waarvolgens motivering beoordeel kan word en geskikte ingrypingsstrategieë beplan kan word.

HOOFSTUK 4

MAATSKAPLIKEWERK-HULPVERLENING AAN DIE ALKOHOLAFHANKLIKE PERSOON

4.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is daar 'n breë oorsig gegee oor die teoretiese uitgangspunte t.o.v. alkoholafhanklikheid. In hierdie hoofstuk sal die metodes en tegnieke van hulpverlening in meer besonderhede bespreek word. Die tegnieke wat hier bespreek word, is gebaseer op die sosiale leer-benadering, soos in die vorige hoofstuk beskryf is. Daar word ook veral gekonsentreer op hulpverlening binne die opset van 'n algemene hospitaal. Slegs enkele navorsers wat die verband tussen alkoholafhanklikheid en trauma ondersoek het, het verwys na hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Jones et al. (1991:150) berig dat sestien (84%) van die alkoholafhanklike pasiënte in hulle studiegroep maatskaplikewerk-hulpverlening ontvang het. Al die pasiënte se omstandighede is geassesseer met spesifieke verwysing na die rol wat alkohol in hulle beserings gespeel het. In die geval van ses van die pasiënte is die hulpverlening beperk tot hierdie vlak omdat die pasiënte geen verdere hulpverlening verlang het nie of omdat die pasiënte 'n chroniese alkoholprobleem gehad het en nie op vorige hulpverlening reageer het nie. Tien pasiënte is na Alkoholiste Anoniem verwys. Ewe van hierdie pasiënte is ook verwys vir buitepasiënte-behandeling terwyl drie vir binnepasiënte-behandeling verwys is. Inligting oor die sukses van die intervensie is nie beskikbaar nie. Gentilello (1988) en Van der Walt en Van der Westhuizen (1990) het studies gedoen oor die gebruik van konstruktiewe konfrontasie met traumapasiënte wat alkohol misbruik. Albei het hoë suksessyfers gerapporteer. Aangesien daar min inligting bekikbaar is oor ingrypingsstrategieë wat binne die opset van die hospitaal aangewend kan word, sal die algemene metodes en tegnieke van hulpverlening ook bespreek word.

4.2 IDENTIFISERING VAN ALKOHOLPROBLEME IN DIE HOSPITAAL

Alkoholprobleme by traumapasiënte word dikwels nie erken of behandel nie. Gentilello (1988:559) beweer dat 85% van pasiënte met alkoholprobleme nie as sulks gediagnoseer word

nie. Daar is verskillende redes waarom geneeshere wat traumapatiënte behandel, nie die probleem erken nie. Eerstens is die pasiënt se besering dikwels lewensgevaarlik en verg dit al die geneesheer se aandag. Tweedens versuim die geneesheer soms om 'n volledige mediese geskiedenis van die pasiënt te bekom weens werkdruk en 'n gebrek aan tyd. Derdens is die besering dikwels gering en die pasiënt word vinnig ontslaan. Die geneesheer vind dit dan nie nodig om te verneem na die pasiënt se alkoholprobleme nie. Vierdens is baie geneeshere pessimisties oor die sukses van die behandeling van alkoholafhanklikheid. Daar mag ook by hulle weerstand wees teenoor afhanklike persone en hulle mag hulle beskou as aggressief en verdedigend. Reyna et al. (1985:196), Soderstrom en Cowley (1987:1070) en Waller (1990:1549) is egter van mening dat die geneesheer 'n verantwoordelikheid het om toe te sien dat die alkoholafhanklike pasiënt se alkoholprobleme ook aangespreek word aangesien dit deel is van die totale sorg aan die pasiënt.

Die eenvoudigste toets wat beskikbaar is om te bepaal of 'n pasiënt alkohol gebruik het, is die verkryging van die bloedalkoholvlak. Hiervolgens kan bepaal word of die persoon onder die invloed van alkohol is wanneer hy in die hospitaal opgeneem word. In Suid-Afrika is dit bv. onwettig om 'n motor te bestuur indien die bloedalkoholvlak hoër is as 0,08g per 100 ml bloed.

Jones (1991:150) het bevind dat 'n persoon wat onder die invloed van alkohol is met opname, waarskynlik 'n onderliggende alkoholprobleem het en nie net toevallig te veel alkohol ingeneem het tydens 'n geïsoleerde geleentheid nie. Negentig persent van hulle pasiënte wat onder die invloed van alkohol was met opname, het 'n chroniese alkoholprobleem gehad. In die groep pasiënte wat nie onder die invloed van alkohol was toe hulle beseer is nie, was die insidensie van alkoholafhanklikheid slegs 11%. Die geneesheer wat 'n brandwondpatiënt behandel wat onder die invloed van alkohol is, moet dus 'n moontlike alkoholprobleem vermoed. Kendell (1990:1043) is van mening dat alle geneeshere meer bedag moet wees op die moontlikheid van alkoholprobleme by hulle pasiënte. Die geneesheer het ook ander middele tot sy beskikking om vas te stel of die pasiënt 'n alkoholprobleem het. Daar is ander mediese toetse, soos 'n toets vir abnormale lewerfunksionering wat 'n aanduiding kan wees van alkoholmisbruik. Die neem van 'n mediese geskiedenis en direkte vrae oor alkoholgebruik stel ook die geneesheer in staat om 'n diagnose te maak.

Voorts is daar kort vraelyste beskikbaar wat betroubare aanduidings gee van alkoholafhanklikheid (Waller 1990:1552). Lewis, Dana en Blevins (1988:101-107) beskryf enkele van hierdie meetinstrumente. Die *Michigan Alcoholism Screening Test* of kortweg die *MAST*, bevat 25 vrae oor drinkgewoontes en word as 'n betroubare meetinstrument beskou. 'n Telling van 0 tot 53 kan op die toets behaal word. Volgens die oorspronklike beskrywing van

die toets (Selzer 1971:1656) was die afsnypunt vir alkoholafhanklikheid 'n telling van 5 punte. Vir die doel van hierdie navorsingsprojek is die toets egter as volg geïnterpreteer (Dana Lewis en Blevins 1988:102):

- 0-4 : Geen alkoholprobleem
- 5-6 : Moontlike alkoholprobleem
- 7-10 : Alkoholafhanklik
- 10-20 : Matig alkoholafhanklik
- 20-53 : Ernstig alkoholafhanklik

Daar is ook 'n verkorte weergawe van die *MAST*, nl. die *SMAST*. Hierdie toets is ontwerp deur Pokorny, Miller en Kaplan (1972:342-345). Hulle hipotese was dat tien van die vrae uit die oorspronklike *MAST* meer gewig gedra het as die ander vrae en dat hierdie tien vrae waarskynlik 'n ewe betroubare meting sou gee as die volle toets. Die hipotese is as waar bewys en die verkorte weergawe word tans ook algemeen gebruik.

Mayfield, Mcleod en Hall (1974:1121-1123) het 'n studie gedoen waarin hulle die geldigheid van 'n ander meetinstrument, nl. die *CAGE Questionnaire* getoets het. Hulle het gevind dat dit 'n baie betroubare toets is indien twee of drie positiewe antwoorde uit 'n moontlike vier as aanduidend van alkoholafhanklikheid beskou word. Hierdie instrument het die voordeel dat dit maklik is om te gebruik en tydbesparend is. Die toets is oorspronklik in 'n algemene hospitaal ontwikkel en is baie geskik vir gebruik in die hospitaal (Ewing 1984:1905). Dit bestaan uit vier vrae, wat hier in Engels weergegee word omdat die naam van die toets van die kernwoord van elke vraag afgelei is:

"Have you ever felt you should *cut* down on your drinking?"

"Have people *annoyed* you by criticizing your drinking?"

"Have you ever felt bad or *guilty* about your drinking?"

"Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (*eye-opener*)?"

Ten einde die identifisering van alkoholprobleme in die hospitaal verder te vergemaklik, het Cyr en Wartman (1988:51-54) bepaal dat dit slegs nodig is om twee vrae aan pasiënte te vra. Die vrae is: "Het u al ooit 'n alkoholprobleem gehad?" en "Wanneer het u u laaste drankie gehad?" Indien die persoon positief op die eerste vraag antwoord en binne die vorige 24 uur alkohol gebruik het, kan alkoholprobleme met 'n betroubaarheidsyfer van 91,5% geïdentifiseer word.

Soderstrom en Cowley (1987) het 'n opname gedoen by 154 traumaeenhede in die Verenigde State van Amerika om te bepaal hoe hulle alkoholprobleme identifiseer en hanteer. Hulle het gevind dat 55,2% van die sentrums bloedalkoholvlakke op 'n roetine grondslag bepaal. Tien van die sentrums het rapporteer dat hulle bloedalkoholvlakke bepaal indien hulle vermoed dat alkohol 'n rol in die besering gespeel het en dertien ander het rapporteer dat hulle bloedalkoholvlakke bepaal indien die pasiënt 'n kopbesering opgedoen het of bewusteloos is. Slegs 31,8% van die sentrums het 'n alkoholberader in diens gehad. Pasiënte is na die berader verwys indien daar 'n geskiedenis van alkoholmisbruik was, die familie bekommerd was oor alkoholmisbruik, onttrekkingsimptome voorgekom het, fisiese ondersoek gedui het op alkoholprobleme of 'n positiewe bloedalkoholvlak gemeet is. Die navorsers is van mening dat dit die verantwoordelikheid van die geneesheer is om toe te sien dat die pasiënt hulp ontvang met sy alkoholprobleem. Hulle kom tot die gevolgtrekking dat traumasentrums nie hulle verantwoordelikheid in hierdie verband nakom nie en dat redelike geringe veranderinge in die protokol wat by die sentrums gevolg word die probleem kan regstel.

Die geneesheer is nie die enigste lid van die span wat 'n verantwoordelikheid het t.o.v. die identifisering van alkoholprobleme by die pasiënt het nie. Die maatskaplike werker identifiseer dikwels alkoholprobleme tydens roetine-assessering van die pasiënt se omstandighede. Die ander spanlede is ook betrokke omdat hulle in noue kontak met die pasiënt en sy familie is en dikwels in staat is om alkoholprobleme te identifiseer. In hierdie afdeling is die taak van die geneesheer beklemtoon omdat dit hoë motiveringswaarde het indien die geneesheer die pasiënt konfronteer met sy probleem. Die geneesheer geniet dikwels hoë status by die pasiënt vanweë sy mediese kennis en die pasiënt sal dus meer geneig wees om ag te slaan op die advies van die geneesheer. Die geneesheer beskik ook oor objektiewe inligting omtrent die alkoholprobleem. Die wyse waarop die konfrontasie geskied, is egter van kardinale belang. Terwyl die geneesheer die pasiënt nie moet verkleiner of veroordeel nie en hom met respek moet behandel, moet dit egter duidelik aan die pasiënt gestel word dat die feite daarop dui dat hy probleme met alkohol ondervind en hulp nodig het. Die geneesheer moet emosionele neutraliteit handhaaf. Die pasiënt kan dan na 'n maatskaplike werker verwys word vir verdere assessering en hulpverlening. Dit is belangrik dat die pasiënt verstaan waarom hy na die maatskaplike werker verwys word, aangesien dit die terapeutiese proses bevorder.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat dit nie moeilik is om alkoholprobleme by pasiënte te identifiseer nie en dat daar baie hulpmiddels beskikbaar is wat identifisering bevorder. Nogtans word alkoholprobleme dikwels nie geïdentifiseer nie en word daar nie hulp aan die pasiënt ten opsigte van sy afhanklikheidsprobleem verleen nie. Indien die mediese personeel meer bewus gemaak kan word van die belangrike rol wat alkoholmisbruik speel in die mediese probleme van die pasiënt en van die moontlikhede om alkoholprobleme te

identifiseer en te behandel, kan hierdie situasie verbeter en kan 'n meer volledige diens aan pasiënte gelewer word.

4.3 ASSESSERING

Deeglike assessering is 'n voorvereiste vir suksesvolle hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Daar word vandag baie klem gelê op geïndividualiseerde hulpverlening aan elke persoon met alkoholverwante probleme. Alkoholafhanklikheid word nie meer as 'n eenvormige probleem met slegs een oplossing nl. geheelonthouding, beskou nie. Dit word aanvaar dat individuele doelstellings vir elke persoon bepaal moet word. Dit word ook aanvaar dat suksesvolle hulpverlening nie slegs gemeet kan word aan veranderinge in die persoon se drinkgedrag nie, maar dat veranderinge op alle lewensterreine in berekening gebring moet word.

4.3.1 Die eerste onderhoud

Volgens Lewis, Dana en Blevins (1988:76) is dit belangrik dat daar gedurende die eerste onderhoud volledige inligting ingesamel word oor die persoon se agtergrond, probleme, huidige funksionering en motivering vir hulpverlening. Hierdie inligting dien as basis vir die assessering.

4.3.2 Funksionele analise

Nadat voldoende inligting ingesamel is, kan die terapeut voortgaan om 'n funksionele analise van die persoon se drinkgedrag te doen. Die terapeut bepaal vervolgens watter faktore drinkgedrag voorafgaan en wat die gevolge van die drinkgedrag is. Daar word ook bepaal watter faktore gedrag versterk en wat as straf ervaar word. Die terapeut probeer voorspel watter omstandighede waarskynlik sal lei tot alkoholmisbruik. Positiewe aspekte in die persoon se funksionering moet bepaal word. Funksionele analise is dus 'n poging om te bepaal waar, wanneer en waarom die persoon alkohol misbruik met die doel om 'n hulpverleningsprogram daarvolgens saam te stel. Dit is vir die terapeut belangrik om te weet watter versterkers daar in die persoon se omgewing is, wat as beloning gebruik kan word om positiewe gedrag te bevorder.

Benewens die funksionele analise, beveel Lewis, Dana en Blevins (1988:101) ook aan dat die terapeut na aanleiding van die inligting wat hy ingesamel het, 'n hipotese stel oor die redes vir die persoon se alkoholmisbruik. Die hipotese kan dan getoets word deur verdere onderhoude

of deur toetse. Indien die hipotese bevestig word, word 'n hulpverleningsprogram gebaseer op die geldige hipotese en die inligting wat ingesamel is, opgestel.

4.4 INDIVIDUELE HULPVERLENING AAN DIE ALKOHOLAFHANKLIKE PERSOON

4.4.1 Ontwikkeling van 'n hulpverleningsplan

Die eerste stap in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon, is om 'n hulpverleningsplan daar te stel. Korttermyn- en langtermyn doelstellings moet bepaal word. Die hulpverleningsplan verseker dat hulpverlening volgens 'n doelgerigte proses plaasvind. Die hulpverleningsplan bepaal nie net doelstellings en doelwitte nie, maar spesifiseer ook die ingrypingstrategieë wat benut gaan word om die doelstellings te bereik en die tyd waarbinne die doelstellings bereik moet word. Indien die doelwitte bv. geheelonthouding en beter selfhandhawing is, kan die ingrypingsstrategieë die gebruik van *Antabuse* en assertiwiteitsopleiding oor 'n tydperk van drie maande, behels.

Lewis, Dana en Blevins (1988:119) verwys in hierdie verband na die werk van Miller en Mastria wat ses faktore uitgesonder het wat die keuse van doelstellings bepaal. Hierdie faktore is:

- (1) die graad en erns van die probleem,
- (2) die motivering van die kliënt,
- (3) die opset waar die program aangebied word,
- (4) die tydperk van 'nulpverlening,
- (5) die voorkeure van die kliënt en die terapeut en
- (6) Die samewerking van belangrike ander persone.

Hierdie faktore speel 'n belangrike rol in die hulpverlening wat binne die opset van 'n hospitaal moontlik is, waar alkoholafhanklikheid nie die primêre probleem is nie. Die mediese behandeling van die pasiënt, die tydperk wat hy in die hospitaal deurbring en die beskikbaarheid van verwysingsbronne in die gemeenskap is bepalende faktore in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike pasiënt.

4.4.2 Beheerde alkoholgebruik as doelstelling in hulpverlening

Beheerde alkoholgebruik as 'n doelstelling in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon, is 'n relatief nuwe konsep. Daar bestaan baie meningsverskil hieroor, aangesien alkoholafhanklikheid steeds deur a...rs van die siekte-konsep van alkoholafhanklikheid beskou word as 'n progressie...ese siekte. Aanhangers van die leerteoretiese benaderings voer egter aan dat all...sbruik aangeleerde gedrag is en dat sommige alkoholmisbruikers geleer kan word om hulle alkoholinnome te beheer. Dit is belangrik om te verstaan dat beheerde alkoholgebruik nie as 'n doelstelling vir alle alkoholmisbruikers beskou kan word nie. Dit is meer geskik vir daardie persone wat nie fisies afhanklik van alkohol is nie, minder alkoholverwante probleme ondervind en nie 'n lang geskiedenis van alkoholmisbruik het nie. Hierdie persone beskou hulleself nie as afhanklik nie, is gewoonlik jonger en meer stabiel en geniet nog meer ondersteuning van hulle naasbestaendes as wat normaalweg aangetref word by die alkoholafhanklike persoon.

Beheerde alkoholgebruik is egter nie dieselfde as normale sosiale alkoholgebruik nie. Lewis, Dana en Blevins (1988:153) haal in hierdie verband vir Reinert en Bowen (1968) aan, wat die verskil soos volg verduidelik: Sosiale drinkers gebruik alkohol per geleentheid met die wete en vertroue dat hulle hulle alkoholgebruik sal staak voordat dit vir hulle enige verleentheid kan veroorsaak. Beheerde alkoholgebruikers geniet nie hierdie soort selfvertroue nie. Hulle weet deur ondervinding dat hulle maklik in 'n situasie kan beland waar hulle beheer oor hulle eie gedrag kan verloor en ernstige probleme kan ontwikkel. Beheerde alkoholgebruikers moet altyd op hulle hoede wees en hulle moet die tyd, plek en omstandighede waaronder hulle drink versigtig kies. Hulle moet ook die hoeveelheid drank wat hulle gebruik, streng beheer.

Terapeute wat hierdie tegnieke aan hulle kliënte wil leer, moet goed opgelei wees aangesien dit 'n moeilike proses is. Dit behels die volgende komponente:

- (1) 'n Funksionele analise van alkoholgebruik moet gemaak word. Die terapeut en kliënt stel beperkinge op vir alkoholgebruik. Hierdie beperkinge word in ooreenstemming met wetenskaplike inligting oor die effek van alkohol op die liggaam en gedrag opgestel.
- (2) Die kliënt moet 'n basislyn van sy alkoholgebruik opstel.
- (3) Die kliënt moet geleer word om sy alkoholinnome te beheer deur gesofistikeerde tegnieke.
- (4) Die kliënt moet opgelei word in die positiewe versterking van sy eie gedrag sodat hy homself kan beloon en kan voorkom dat hy terugval in negatiewe gedragspatrone.

(5) Nuwe vaardighede, soos probleemoplossing, moet aan die kliënt geleer word om te gebruik in die plek van alkohol.

Daar bestaan baie kritiek teen beheerde alkoholgebruik as doelstelling. Volgens Bothma (1988:34) bestaan daar nog geen spesifieke indikasies oor wie matig kan drink en wie geheelonthouers moet wees nie. Die swak selfbeeld van alkoholiste mag negatief beïnvloed word indien hulle nie kan slaag in die doelstelling van beheerde drankgebruik nie. Die alkoholis het dikwels nie genoeg emosionele energie om sy lewenstyl te verander en terselfdertyd te probeer om die beginsels van beheerde drinkgebruik aan te leer en te beoefen nie.

Aangesien die pasiënte van die Tygerberg-hospitaal hoofsaaklik uit swak sosio-ekonomiese omstandighede kom, moet beheerde alkoholgebruik baie omsigtig gehanteer word wanneer doelstellings vir hierdie pasiënte bepaal word. Slegs in gevalle waar die pasiënt nie 'n ernstige probleem het nie, waar sy maatskaplike omstandighede stabiel is en waar hy self hierdie doelstelling verkies, kan dit oorweeg word.

4.4.3 Algemene tegnieke en beginsels van beraad

Collins (1990) meld dat die reeds bekende tegnieke van beraad wat die maatskaplike werker aanwend in hulpverlening, ook van belang is in hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Beginsels en tegnieke soos empatie, opregtheid, onmiddellikheid, warmte, respek, selfbekendmaking, konfrontasie, stiltes, tegnieke wat die terapeutiese proses bevorder en kognitiewe herstrukturering is bekend aan die maatskaplike werker en word hier slegs kortliks bespreek.

Empatie behels die vermoë om aan die kliënt oor te dra dat sy gevoelens verstaan word. Die terapeut moet in staat wees om baie goed na die kliënt te luister en gevoel te reflekteer.

Opregtheid beteken dat die terapeut homself sal wees in die onderhoudsituasie. Hy sal sy ware gevoelens toon en nie agter 'n masker wegkruip of 'n rol vertolk nie. Hierdie kwaliteit is baie belangrik vir die ontstaan van 'n verhouding tussen die kliënt en die terapeut.

Onmiddellikheid behels dat gevoelens op 'n openlike en eerlike wyse in die onderhoudsituasie gehanteer sal word. Daar word gekonsentreer op die realiteit en probleme in die professionele verhouding word onmiddellik aangespreek.

Die terapeut moet met **warmte** teenoor die kliënt kan optree en op nie-verbale wyse reageer op mededelings. Die terapeut kan **respek** aan die kliënt betoon deur hom toe te laat om self doelstellings te bepaal en keuses te maak in die hulpverleningsproses. Hierdie benadering stel die kliënt in staat om beheer oor sy eie lewe oor te neem en verantwoordelikheid te aanvaar. Dit kan soms waarde hê as die terapeut sy eie ondervindinge, gevoelens en houdings met die kliënt deel. Dit kan die kliënt se eie-waarde versterk en hom minder alleen en afwykend laat voel. Dit moet egter versigtig gebruik word en slegs ter wille van die kliënt.

Konfrontasie is 'n tegniek wat dikwels in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon benut word. Dit moet gebruik word wanneer die terapeut bewus word daarvan dat die kliënt nie werklik eerlik is omtrent sy gevoelens en ervarings nie; wanneer daar verskille is in wat die kliënt op verskillende tydstippe sê en wanneer daar verskille is in wat die kliënt sê en wat sy daaglikse gedrag weerspieël.

Stiltes kan aangewend word om die kliënt die geleentheid te gee om na te dink oor wat gesê is en is soms nodig wanneer die kliënt 'n moeilike stap moet neem in terapie. Die terapeut gebruik verskillende **tegnieke om die terapeutiese proses te bevorder** en groei by die kliënt aan te moedig. Die terapeut kan bv. 'n oop, inleidende opmerking maak soos "Kan jy my meer van hierdie onderwerp vertel?". Dit gee aan die kliënt die geleentheid om self meer duidelikheid oor die saak te verkry. Die terapeut kan ook 'n stelling van 'n kliënt herformuleer om onduidelikheid en dubbelsinnigheid uit te skakel.

Reflektering van kognitiewe of emosionele stelling bevorder die terapeutiese proses. Die stel van vrae kan ook begrip en groei bevorder. Dit is beter om oop vrae te vra as geslote vrae en te veel vrae moet vermy word.

Kognitiewe herstrukturering word gebruik om die kliënt te help om sy denke meer realisties te maak. Indien die kliënt bv. sê dat almal teen hom is, word hy gehelp om in te sien dat dit meer realisties is om te sê dat sommige persone nie van hom hou nie. Die kliënt word gehelp om te bepaal of sy denke op feite of op 'n valse persepsie gegrond is. Kognitiewe herstrukturering is veral daarop ingestel om negatiewe gedagtes omtrent die self te vervang met meer positiewe gedagtes.

4.4.4 Gedragsveranderingstegnieke

Miller en Reid (1986:149) bespreek hierdie tegnieke as breë-spektrum hulpverleningstegnieke. Hulle beweer dat onlangse navorsing die effektiwiteit van hierdie tegnieke bevestig.

Gedragsveranderingstegnieke moet gebruik word om spesifieke disfunksionele gedrag by kliënte aan te spreek. Dit beklemtoon die feit dat hulpverlening op 'n behoorlike assessering gegrond moet wees. Ontspanningsterapie is bv. net nodig indien daar angstigheid by die kliënt teenwoordig is. Vervolgens sal die belangrikste gedragsveranderingstegnieke bespreek word.

(1) Ontspanningsterapie

Ontspanningsterapie is aangedui by kliënte wat baie gespanne of angstig is. Dit behels dat die kliënt geleer word om sekere spiergroepe progressief in te span en daarna weer te ontspan. Die kliënt word geleer om hierdie tegnieke tuis te beoefen. Die tegniek is besonder waardevol vir 'n kliënt wat afhanklik van alkohol is, omdat dit hom help om te ontspan, om moeilike situasies te hanteer en om spanning op 'n ander wyse as deur alkoholmisbruik te hanteer. Daar moet egter in gedagte gehou word dat spanning veroorsaak word deur sosiale of emosionele faktore en dat die oorsake van die spanning ook aandag moet geniet.

(2) Assertiwiteitsopleiding

Baie kliënte wat alkoholprobleme ondervind, vind dit moeilik om hulleself te handhaaf. Dit bring mee dat hulle ook nie alkohol kan weier nie. Assertiwiteit behels die vermoë om op 'n gepaste wyse aanspraak te maak op eie regte, sonder om aggressief of passief-aggressief of passief te reageer. Dit behels die vermoë om 'n eie opinie uit te spreek en om te verskil van ander persone in die groep. Assertiwiteitsopleiding kan daartoe bydra dat die persoon nuwe metodes aanleer om moeilike situasies te hanteer om sodoende sy selfbeeld te versterk en angstigheid te verminder. Hierdeur kan die gevaar van alkoholmisbruik aansienlik verminder word. Kliënte moet in 'n onderhoudsituasie oefen om selfhandhawend op te tree. Volgens Lewis, Dana en Bievens (1988:142) moet daar in assertiwiteits-opleiding op die volgende aspekte gekonsentreer word:

- Die selfhandhawende stelling: Die stelling behoort die volgende komponente te bevat: "Ek voel..." (gevoel) "omdat jy..." (aksie). "Sal jy asb..." (verlangde gedrag).
- Duur van die stelling: Selfhandhawende stellings behoort effens langer te wees as ander stellings.
- Stemtoon: Die stemtoon moet duidelik en ferm wees en nie klaerig, verskonend of skreërig nie.
- Versoek vir gedragsverandering: Die versoek moet duidelik gestel word in die teenwoordige of toekomstige tyd.

- Oogkontak: Oogkontak moet behou word terwyl die selfhandhawende stelling gemaak word.
- Handgebare: Gepaste handgebare moet die stelling beklemtoon.
- Houding: Die kliënt moet 'n regop houding handhaaf.
- Emosie : Die kliënt moet die gepaste emosie weerspieël, hetsy grappig of ernstig.

Selfhandhawende gedrag en die waarde daarvan in die alledaagse lewe moet eers met die persoon bespreek word, voordat opleiding begin. Die terapeut kan rollespele, modellering van gedrag en terugvoering gebruik om die persoon te leer om selfhandhawend op te tree.

(3) Modellering van gedrag

Terapeute kan positiewe gedrag aan hulle kliënte leer deur hierdie gedrag te demonstreer. Kommunikasie-vaardighede en die weiering van alkohol kan deur modellering aan kliënte geleer word. Gerehabiliteerde alkoholafhanklike persone kan ook as modelle vir kliënte dien. Hierbenewens kan daar ook gebruik gemaak word van video-opnames van die verlangde gedrag.

(4) Versterking van positiewe gedrag

Gedragsverandering kan bevorder word deur positiewe gedrag te beloon. Dit is noodsaaklik dat die terapeut sal bepaal wat die kliënt as positiewe versterkers beskou. Daar moet ook 'n basislyn opgestel word van gedrag wat verander moet word. Familie en vriende kan ook opgelei word in die gebruik van positiewe versterking van gedrag.

(5) Verskaffing van alternatiewe gedragspatrone

Volgens Chafetz (1983:136) is dit van kardinale belang dat die terapeut die positiewe funksie wat alkohol vir die kliënt vervul, verstaan. Baie kliënte voel dat hulle nie die spanning en eise van die lewe kan hanteer sonder die gebruik van alkohol nie. Dit is gevaarlik om van die kliënt te verwag om alkoholmisbruik te staak, sonder om hom iets in die plek daarvan aan te bied, aangesien die kliënt dan mag voel dat die terapeut glad nie sy posisie verstaan nie.

Maatskaplike werkers het soms 'n negatiewe houding teenoor hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon en dit kan daaraan toegeskryf word dat hulle dikwels voel dat hulle nie oor die vaardighede en tegnieke beskik om hierdie persone te help nie. Uit die voorafgaande bespreking is dit egter duidelik dat daar duidelike riglyne bestaan vir die

beplanning van hulpverlening sowel as tegnieke wat aangewend kan word om hulpverlening te verbeter.

4.5 GESINSTERAPIE

Alkoholmisbruik veroorsaak ernstige probleme in die gesin. Dit kan die gesin se gesonde funksionering belemmer, veranderde rolle noodsaak, konflik meebring en patrone van interaksie verander. Alkoholmisbruik kan egter ook 'n manier wees waarop 'n gesinslid op gesinskonflik reageer. Die gesinsterapeut beskou die alkoholmisbruiker slegs as die persoon in die gesin wat die simptome vertoon van die hele gesin se disfunksionering. Die doel van hulpverlening is dus nie net verandering van een persoon se drinkgedrag nie, maar verbetering in die funksionering van die hele gesin. Volgens Lewis, Dana en Blevins (1988:173) verloop gesinsterapie in drie fases:

- (1) In die eerste fase word die gesin se normale patrone van interaksie deur die terapeut onderbreek en dit veroorsaak 'n verlies aan ewewig in die gesinsisteem. Die terapeut probeer om meer funksionele patrone van interaksie teweeg te bring, sodat drankmisbruik nie nodig sal wees nie. In hierdie fase word die drankprobleem aangespreek en die persoon met die alkoholprobleem word gemotiveer om hulpverlening te aanvaar. Die gesinsterapeut fokus egter steeds op die hele gesin. Die gesinslede word gehelp om die grense tussen hulleself en die alkoholafhanklike persoon te beskerm en die persoon toe te laat om verantwoordelikheid vir sy eie gedrag te aanvaar.
- (2) Indien die persoon soberheid bereik, volg die tweede fase van hulpverlening. In hierdie fase moet die gesinsisteem nuwe patrone van interaksie ontwikkel en op nuwe wyses reageer op die behoeftes van die gesinslede. Hierdie fase word dikwels gekenmerk deur konflik en spanning en verg aanpassings van al die lede van die gesin.
- (3) Derdens moet die nuwe patrone van interaksie gestabiliseer word en moet die gesin as 'n funksionele eenheid ontwikkel. Die alkoholafhanklike persoon kan nie effektief gehelp word indien sy gesin nie by die hulpverleningsproses betrek word nie. Alkoholafhanklikheid het implikasies vir al die sisteme in die persoon se omgewing. Hierdie sisteme het egter ook 'n invloed op die handhawing van drinkgedrag of die handhawing van soberheid.

4.6 GROEPWERK

Groepwerk is net so effektief as individuele hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon en is koste-effektief (Barrie 1990:155). Groepe hou baie voordele vir alkoholmisbruikers in. Dit bied aan sulke persone die geleentheid om te sien dat hulle nie alleen is in hulle worsteling met die probleem nie. Groeplede het die geleentheid om ander lede te ondersteun en te help en dit is op sigself 'n terapeutiese ervaring. Daarby ontwikkel groepsnorme wat 'n sterk positiewe faktor kan wees in die lede se pogings om bv. soberheid te handhaaf.

4.6.1 Verskillende soorte groepe

Levine en Gallogly (1985) beskryf verskillende soorte groepe wat met alkoholafhanklike kliënte gebruik kan word, nl. groepe vir persone wat die probleem ontken en ongemotiveerd is vir hulpverlening, korttermyn en een-sessie groepe, groepe vir persone wat die vermoë besit om insig te ontwikkel en groepe vir chroniese alkoholafhanklike persone wat nie op vroeëre hulpverlening gereageer het nie.

(1) Groepe vir motivering en aanvaarding van die probleem

Een van die belangrikste doelwitte in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon is om hom te help om sy probleem te erken en hom te motiveer om hulpverlening te aanvaar. Dit word gewoonlik gedoen deur kliënte te wys op die fisiese en sosiale gevolge van alkoholmisbruik. Hierdie tegnieke het dikwels nie die gewenste uitwerking nie en slaag eerder daarin om kliënte passief en konformerend te maak, sonder dat daar daadwerklike verandering plaasvind. Alkoholmisbruik vervul baie funksies vir die kliënt en hy moet die geleentheid kry om versigtig te oorweeg watter betekenis alkoholmisbruik vir hom inhou. Indien die kliënt en terapeut hierdie aspek verstaan, sal hulle beter in staat wees om alternatiewe vorme van gedrag te vind wat in die kliënt se behoeftes kan voldoen. Groepe kan dus gevorm word vir kliënte wat hulle probleme ontken. Die doel van die groepe is om kliënte te help om te oorweeg of hulle probleme met alkoholmisbruik het en of hulle behandeling moet ondergaan, al dan nie. Die groepe slaag ook daarin om eerlike en realistiese deelname van die kliënt te bevorder. Dit hou baie voordele in vir die verdere verloop van die hulpverleningsproses. Die taak van die terapeut is om die vrye uitdrukking van alle negatiewe en positiewe gevoelens oor alkoholmisbruik moontlik te maak. Die terapeut moet selfs die ontkenning van die kliënt aanvaar sodat hy veilig kan voel in die groep om sy werklike gevoelens bekend te maak. Kliënte moet gehelp word om nie passief te reageer deur response te gee wat hulle weet vir die terapeut aanvaarbaar is nie. Die klem in hierdie groepe moet val op die redes vir drankmisbruik en die redes vir weerstand teen verandering. Vrae wat moontlik in hierdie groepe bespreek kan word, is die redes waarom mense drink en watter van die redes spesifiek

op die lede betrekking het of watter gevolge van alkoholmisbruik die kliënte sou mis, as hulle alkoholgebruik sou staak.

(2) Korttermyn groepe en een-sessie groepe

Volgens Levine en Gallogly (1985:82) kan hierdie groepe besondere waarde hê as die doelwitte vir die groepe realisties is. Dit is nie moontlik om die hele hulpverleningsproses in 'n enkele groep af te handel nie, maar die groep kan gebruik word om die kliënt te motiveer om een stap te neem in die proses van rehabilitasie. Moontlike doelstellings vir 'n **korttermyn motiveringsgroep**, is die stimulering van kliënte se idees oor:

- die oorsake van alkoholmisbruik,
- of hulle alkoholafhanklik is al dan nie,
- die probleme wat hulle moontlik kan ondervind om alkoholmisbruik te staak,
- die wenslikheid van soberheid vir hulleself,
- of hulle kan baat vind by hulpverlening, en
- die sukses of mislukking van vorige hulpverlening.

Doelwitte vir korttermyn hulpverleningsgroepe behels 'n bespreking van kliënte se:

- .. idees oor wanneer en waarom hulle drink,
- idees oor wat terugvalle veroorsaak,
- idees oor reaksies op spesifieke gevoelens of situasies, soos vrees of woede,
- gedagtes oor alternatiewe vorms van gedrag in plaas van alkoholmisbruik,
- onrealistiese verwagtinge van hulleself en andere, en
- geneigdheid tot perfeksionisme en die gevaar daaraan verbonde.

(3) Groepe vir insigontwikkeling

Alkoholmisbruik word dikwels veroorsaak deur probleme in die gesins-, sosiale- of werksomstandighede. Insigontwikkeling is daarop gemik om die kliënt bewus te maak van faktore wat lei tot alkoholmisbruik. Daar is twee maniere waarop hierdie doelstelling bereik kan word. In die eerste plek kan die groepsbespreking daartoe lei dat die groeplede spanningsvolle situasies in hulle lewe kan identifiseer wat lei tot alkoholmisbruik. Op hierdie wyse word situasies buite die groep gebruik om tot insigontwikkeling te lei. In die tweede plek kan situasies binne die groep ook lei tot insigontwikkeling. Dit is dikwels vir die groeplede makliker om eers te leer om situasies binne die groep te hanteer en dit stel hulle in staat om soortgelyke situasies buite te kan hanteer.

Doelstellings van groepe vir insigontwikkeling kan geformuleer word om groeplede te help om:

- bewus te word van faktore in die gesin-, sosiale en werksituasies wat aanleiding gee tot alkoholmisbruik,
- bewus te word van gevoelens en reaksies op sulke situasies,
- die vermoë te ontwikkel om sulke situasies te voorsien,
- alternatiewe gedragswyses te ontwikkel, in die plek van alkoholmisbruik, en
- die vermoë om gevoelens te bespreek, te bevorder.

By die aanvang van die groepe, moet die terapeut seker maak dat elke groeplid se bydrae erken word en dat daar gereageer word op bydraes. Dit bevorder kommunikasie en versterk die vertroue van die groeplede. Die terapeut se taak in hierdie fase is om kommunikasie te bevorder en nie om self inligting te verskaf nie. Die terapeut moet dus gebruik maak van reflektering en vra vir klarifikasie en uitbreiding van idees. Vrae aan die terapeut moet kortliks beantwoord word sodat die groeplede nie ontmoedig word om vrae te vra nie.

Die volgende belangrike saak wat in die groep hanteer moet word, is outoriteitskrisisse. Die meeste alkoholafhanklike persone reageer passief en konformerend op gesag. Passiewe konformiteit kan lei tot vyandigheid en alkoholmisbruik. Alkoholafhanklike persone reageer dikwels op dieselfde wyse teenoor terapeute. Passiewe konformiteit kan erken word in die wyse waarop die persoon alles aanvaar wat die terapeut sê. Hierdie tipe passiwiteit kan lei tot terugvalle en die mislukking van hulpverlening. Die probleem kan hanteer word deur

groeplede toe te laat om hulle vrae, verskille en woede teenoor die terapeut uit te spreek. Dit leer hulle om verantwoordelikheid vir hulle eie terapie te aanvaar.

In die volgende fase van die groep, leer die lede om verskille met mekaar te hanteer. Hulle moet leer om hulle eie menings uit te spreek en konflik te hanteer. Hierdie ervarings is van groot belang vir hulle aanpassing in die samelewing.

(4) Groepe vir chroniese alkoholafhanklike persone

Chroniese alkoholafhanklike persone is geneig om woorde te gebruik om werklike kommunikasie te ontduik. Hulle sal verbaliseer oor hulle eie drinkgeskiedenis, die aard en graad van hulle drankmisbruik en hulle voornemens om drankmisbruik te staak, sonder dat hierdie verbalisasie enige verband hou met hulle ware gevoelens of houdings. Volgens Levine en Gallogly (1985:66) is dit raadsaam om groepe spesiaal vir chroniese alkoholafhanklike persone aan te bied. Die doelstellings van hierdie groepe is om groeplede bewus te maak van hulle werklike gevoelens en gedagtes en hulle in staat te stel om hierdie gevoelens en gedagtes te kommunikeer. Aanvanklik moet die groepsgebrek glad nie oor alkohol handel nie, maar eerder oor ander sake van belang vir die groeplede. Dit sal verhinder dat hulle soveel gebruik maak van betekenislose verbalisasie. Die terapeut moet die groeplede se gevoelens en gedagtes aanvaar. Dit sal daartoe lei dat die lede geleidelik in staat sal wees om hulle eie gevoelens en gedagtes te aanvaar en uit te spreek. Konflik en verskille met die terapeut en ander groeplede moet ook aanvaar word. Sodoende kan die lede in die groep leer om konflik te hanteer. Hierdie groepe kan groeplede se kommunikasievaardighede verhoog en hulle potensiaal vir hulpverlening verbeter.

(5) Groepe vir die aanleer van sosiale vaardighede

Lewis, Dana en Blevins (1988:183) voeg by die bogenoemde groepe ook nog groepe vir die aanleer van sosiale vaardighede. Hierdie groepe kan baie waarde hê vir die analise van drinkgedrag, die ontwikkeling van alternatiewe gedragsvorme en opleiding in probleemoplossing en assertiwiteit.

- Gedragsanalise

Groeplede wat versigtig rekord hou van die hoeveelheid wat hulle drink, die mense saam met wie hulle drink, die gevoelens wat hulle ervaar wanneer hulle drink en die plekke waar hulle drink en dan hierdie inligting in 'n groepsituasie bespreek, ontwikkel beter insig in hulle eie drinkgedrag. Daar kan ook van groeplede gevra word om soveel as moontlik situasies op te noem wat kan aanleiding gee tot drinkgedrag. Dit maak hulle bewus van die baie moontlike situasies wat drinkgedrag vooraf kan gaan.

- Alternatiewe gedragsvorme

Die groep kan spanningsvolle situasies identifiseer en dan moontlike positiewe reaksies op die situasies bespreek.

- Groeplede word geleer om hulle eie kognisies te verander

Groeplede word gehelp om die rol wat hulle eie denke speel in hulle reaksie op spanningsvolle situasies te verstaan en om onrealistiese denke te verander sodat hulle meer rasioneel kan optree.

- Progressiewe ontspanning

Groeplede word geleer om spanning te hanteer deur opleiding in progressiewe ontspanning en meditasie.

- Probleemoplossing en selfhandhawing

Baie alkoholmisbruikers ignoreer hulle probleme en verwag dat drankmisbruik dit sal verlig. Dit is dus belangrik dat hulle sal leer om op vroegtydig en realisties op probleme te reageer. Die proses van probleemoplossing kan in die groep bespreek word met die klem op die duidelike omskrywing van die probleem, die identifisering van moontlike oplossings, die keuse van die beste alternatief en die implementering en evaluering van die keuse.

Selfhandhawing kan ook suksesvol in 'n groep aangeleer word. Die beginsel moet eers aan groeplede verduidelik word en daarna kan die gedrag aangeleer en geoefen word in groepsverband. Die groepbespreking kan groeplede bewus maak van die verband tussen die gebrek aan selfhandhawende gedrag en alkoholmisbruik. Sommige persone mag bv. alkohol misbruik omdat hulle nie tevrede is daarmee dat hulle hulleself nie kon handhaaf in 'n gegewe situasie nie en ander mag alkohol misbruik omdat hulle nie die moed het om selfhandhawend op te tree wanneer hulle sober is nie. Dit is belangrik om daarop te let dat alle groeplede hierdie vaardighede nodig sal hê om alkohol wat hulle aangebied word, te weier.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat daar verskillende tipe groepe bestaan en dat die terapeut die doelstellings en metodes van groepwerk moet selekteer volgens die aard van die groeplede se probleme en behoeftes. Verskillende skrywers (Cohen en Spinner 1982 en Barrie 1990) het groepwerkprogramme ontwikkel waarvolgens die verskillende groepe agtereenvolgens gebruik kan word in 'n geïntegreerde hulpverleningsprogram. Die programme word vervolgens bespreek.

4.6.2 'n Kurrikulum vir die gebruik van groepe in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon op 'n buitepatiënt-basis

Cohen en Spinner (1982) het 'n kurrikulum ontwikkel waarvolgens die verskillende groepe vir alkoholafhanklike persone agtereenvolgens gebruik kan word in 'n geïntegreerde hulpverleningsprogram. Die groeplede beweeg van een fase na die volgende volgens hulle behoeftes en vordering. In die eerste fase word gekonsentreer op inligtingverskaffing en motivering terwyl in die laaste fase gekonsentreer word op die handhawing van soberheid. Die terapeut is meer aktief in die beginfasies as in die latere fases en die inhoud verskil ook van meer feitelike inligting aanvanklik tot meer gevoelservaringe in die latere fases. Daar is vyf fases wat soos volg verloop:

(1) Fase een: oriëntering

Die oriënteringsfase bestaan uit twee groepbyeenkomste van een uur elk. In die eerste byeenkoms word die hulpverleningsprogram aan die lede verduidelik. Groeplede kry die geleentheid om die redes vir hulle deelname aan en hulle gevoelens oor hulle insluiting in die program te bespreek. Hulle kan ook hulle gevoelens omtrent die beleid van die organisasie lug. In die tweede sessie word 'n film oor alkoholafhanklikheid vertoon om 'n groepsgebesprek te stimuleer en as voorbereiding te dien tot vir verdere hulpverlening.

(2) Fase twee: elementêre opvoeding

Die doelstelling van die tweede fase is om aan die groeplede duidelike en akkurate inligting oor alkoholafhanklikheid te gee. Die terapie in hierdie fase is didakties. Die groep kom vir vyf byeenkomste bymekaar en behandel onderwerpe soos wat alkohol is, wat alkoholafhanklikheid is en wat die kenmerke van 'n alkoholafhanklike persoon is. Die verskillende hulpverleningsmodelle word bekend gestel en daar word gebruik gemaak van 'n filmvertoning en bespreking om die inligting verder toe te lig.

Die groep is gestruktureerd en daar word baie van lesings en visuele hulpmiddels gebruik gemaak. Lede moet al vyf byeenkomste bywoon, voordat hulle na 'n volgende fase kan beweeg.

(3) Fase drie: identifikasie

Die identifikasie fase is gerig op die persoon wat pas soberheid verwerf het, sowel as op die persoon wat nog drink. Die doelstelling van die fase is om motivering en aanvaarding van die probleem te versterk. Die groepproses geniet meer aandag as in die vorige fases, maar die terapeut is steeds baie aktief en die groep is gestruktureerd. Groeplede bly in hierdie fase totdat hulle twaalf sessies bygewoon het en vir minstens 'n maand lank sober is. Indien hulle

nie vir een maand sober kan bly na twaalf sessies nie, word hulle verwys na meer intensiewe binne-pasiënt hulpverlening.

(4) Fase vier: tema groep

Die doel van die vierde fase is om die lede te help om soberheid te handhaaf deur probleme wat kenmerkend is van die vroeë stadium van soberheid te bespreek. Groeplede woon tien byeenkomste by, een elke week. Die onderwerpe wat bespreek word is die voordele en eise wat soberheid stel, die stigma van alkoholafhanklikheid, depressie, woede, hantering van kritiek, eensaamheid en sosialisering, vrees en liefde. Die groeplede bespreek hulle gevoelens rondom hierdie onderwerpe. Groeplede wat in hierdie fase weer alkohol gebruik, keer terug na die vorige fase, totdat hulle weer vir 'n maand lank soberheid bereik het. Die terapeut verduidelik aan die groep dat hierdie fase bedoel is vir persone wat reeds ophou drink het en dat die vorige fase meer geskik is vir persone wat nog drink.

(5) Fase vyf: groepterapie

Die vyfde fase is in werklikheid 'n nasorgfase. Groeplede bespreek persoonlike probleme wat nie noodwendig met alkohol verband hou nie. Daar word gekonsentreer op gevoelens en persoonlike groei en sake word in diepte bespreek. Die groeplid bly in die groep totdat hy 'n jaar van soberheid bereik het en die doelstellings van die groep verwesenlik is.

Cohen en Spinner (1982) se kurrikulum se waarde lê daarin dat dit 'n voorbeeld bied van hoe 'n groepwerkprogram ontwikkel kan word vir die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon op 'n buitepasiëntbasis. Dit kan ook beskou word as 'n voorloper van die fases-van-verandering-model (Proschaska en Diclemente 1983), wat reeds in hoofstuk 3, paragraaf 5.4 bespreek is. Volgens Barrie (1991) kan hierdie model ook gebruik word om die doelstellings en tegnieke van groepwerk vir elke fase van verandering te bepaal. In teenstelling met hierdie langtermyn programme het Barrie (1990) ook 'n korttermyn program ontwikkel vir persone wat hulle drinkgedrag wil verander.

4.6.3 'n Groepwerkprogram vir alkoholafhanklike persone wat alkoholmisbruik wil staak

Barrie (1990) het 'n groepwerkprogram ontwikkel wat in vyf sessies afgehandel kan word. Volgens hom is die essensie van groepwerk met alkoholafhanklike persone die instandhouding van hulle motivering om te verander en die aanleer en oefening van gedrag wat terugvalle sal voorkom. Sy program sien soos volg daar uit:

(1) Sessie een

Die belangrikste doel van hierdie sessie is om te fokus op die groeplede se eie gevoelens en bekommernis omtrent hulle alkoholmisbruik. Nadat groeplede verwelkom is en die doel van die groepe verduidelik is, kry hulle die geleentheid om die probleme wat hulle met betrekking tot alkoholgebruik ervaar, te bespreek. Positiewe en negatiewe aspekte van alkoholgebruik word bespreek. Groeplede kry 'n huiswerk-opdrag om 'n situasie te identifiseer wat moontlik sal lei tot alkoholmisbruik.

(2) Sessie twee

Groeplede bespreek situasies wat moontlik tot alkoholmisbruik sal lei en die gevolge van sulke gedrag. Probleemoplossings-vaardighede word aan die lede geleer sodat hulle in staat sal wees om sulke situasies te hanteer. Groeplede kan sommige van die gedrag wat as oplossings aangebied word, oefen. Die opdrag om probleemoplossende vaardighede te gebruik, kan as huiswerk gegee word.

(3) Sessie drie

In hierdie sessie word terugvoering verkry oor die groeplede se sukses of mislukking met probleemoplossende vaardighede in die praktyk. Die sukses, sowel as die probleme word in die groep bespreek. Groeplede kry weer die geleentheid om die vaardighede te oefen. Hulle moet ook spesifieke doelstellings stel vir gedrag wat hulle wil verander. Laasgenoemde doelstellings moet as huiswerk uitgevoer word.

(4) Sessie vier

Groeplede se pogings om die huiswerkopdrag uit te voer, word bespreek. In hierdie groep word daar ook gefokus op die hantering van 'n terugval. Groeplede moet voorberei wees vir optrede indien 'n terugval wel voorkom. Die huiswerk-opdrag behels dat hulle met vriende en familie bespreek watter ondersteuning laasgenoemde kan bied in geval van 'n terugval.

(5) Sessie vyf

Die doel van die laaste sessie is om die groep se vordering vas te stel en te bepaal watter verdere hulpverlening nodig is, indien enige. Sommige lede sal verdere groepsessies benodig, terwyl ander moontlik by ander vorme van hulpverlening betrek kan word.

In hierdie afdeling is verskillende soorte groepe bespreek wat in die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon benut kan word. Die opsette waarbinne die hulpverlening plaasvind, die motivering van die kliënt en die spesifieke probleme waarmee die kliënt te kampe het, sal bepaal watter groepe aangebied sal word. So sal die groepe vir insigontwikkeling waarskynlik

beter tuis hoort in 'n binnepasiëntkliniek, terwyl die korttermyn groepe binne die opset van die algemene hospitaal aangebied kan word. Ter afsluiting is ook aangetoon hoedat die verskillende groepe in 'n geïntegreerde groepwerkprogram benut kan word vir effektiewe hulpverlening.

4.7 SELF-HELP GROEPE

Die bekendste self-help groep vir alkoholafhanklike persone is *Alkoholiste Anoniem*. Hierdie beweging lewer 'n waardevolle bydrae in die bekamping van afhanklikheid en het reeds duisende mense gehelp om te rehabiliteer (Louw en Gouws 1989:389). Collins (1990) som die sentrale elemente van die *Alkoholiste Anoniem*-beweging se hulpverleningsprogram soos volg op:

(1) Selferkenning en Identifikasie

Die persoon erken in die openbaar dat hy alkoholprobleme het. Hy deel sy ervarings met ander en die aanvaarding van ander verminder sy skuld- en skaamtegevoelens. Hy ervaar dat die sober alkoholafhanklike persoon status geniet binne die vereniging en dit verhoog sy motivering.

(2) Die beginsel van wedersydse hulp

Die persoon wat reeds ophou drink het, word herinner aan die gevare van alkoholmisbruik en sy sober gedrag word in stand gehou deur die hulp wat hy aan ander verleen.

(3) Die voorsiening van 'n alternatiewe lewenswyse

Die vereniging gee aan die persoon die geleentheid om by 'n alternatiewe subkultuur in te skakel. Dit bied eintlik aan die persoon die geleentheid om 'n totaal nuwe lewenswyse te aanvaar met nuwe lewensdoelstellings. In die verband is die toewyding aan 'n hoër gesag belangrik. Die gereelde bywoning van vergaderings bied ook 'n sosiale en sielkundige anker.

Alhoewel *Alkoholiste Anoniem* nie 'n ingrypingsstrategie van die maatskaplike werk is nie, is die hulp wat die beweging aan afhanklike persone lewer so omvangryk dat dit in berekening gebring moet word wanneer hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon bespreek word.

4.8 MINIMALE INGRIYPINGSTRATEGIEË

Minimale ingrypingstrategieë het in die afgelope jare baie veld gewen. Skinner (1990:1054) meld dat die grootste gedeelte van die Amerikaanse bevolking geen probleme met alkohol ondervind nie. 'n Klein minderheid, ongeveer vyf persent van die bevolking, is afhanklik van alkohol. Tussen hierdie twee groepe is 'n aansienlike gedeelte (ongeveer twintig persent van die bevolking) wat swaar drinkers is en probleme ondervind a.g.v. alkoholmisbruik. Hulle is egter nie afhanklik van alkohol nie. Volgens Skinner (1990:1056) is dit hierdie groep wat baat kan vind by minimale ingryping. Volgens Heather (1986:171) word 'n ingryping as minimaal beskou as dit minder professionele tyd in beslag neem en minder bronne verbruik as wat in tradisionele hulpverlening die geval is. Minimale ingryping is dus korter en goedkoper.

4.8.1 Redes vir die belangstelling in minimale ingrypingstrategieë

Die toename in alkoholverwante probleme en die beperkte bronne vir hulpverlening maak dit noodsaaklik dat daar gesoek moet word na koste-effektiewe metodes van hulpverlening. Veral in Suid-Afrika waar daar groot agterstande bestaan wat betref hulpverlening aan sekere bevolkingsgroepe, is dit belangrik dat dienste so koste-effektief as moontlik aangebied word. Hierdie vorm van hulpverlening onderskryf die beginsels van die selfbeskikkingsreg van die individu en eie verantwoordelikheid. Minimale ingrypingstrategieë maak dit moontlik om 'n wyer reeks van alkoholverwante probleme te hanteer en nie net hulp te verleen aan persone wat die ergste graad van verslawing bereik het nie. Jonger persone wat nie soveel negatiewe gevolge van alkoholmisbruik ervaar nie, kan makliker deur hierdie vorm van hulpverlening bereik word. Minimale ingrypingstrategieë kan in 'n mediese opset aangewend word omdat dit nie soveel tyd in beslag neem nie. In die sewentiger- en tagtiger-jare is daar ook 'n aantal studies gedoen waarin gevind is dat minimale ingryping net so effektief is as meer tradisionele hulpverlening (Heather 1986:175).

4.8.2 Navorsing oor minimale ingrypingstrategieë.

Een van die belangrikste studies oor minimale ingrypings-strategieë is gedoen deur Orford en Edwards (Ritson 1986:376). Hulle het 100 manlike alkoholmisbruikers in 'n adviesgroep en terapiegroep verdeel. Die adviesgroep se alkoholmisbruik is versigtig geassesseer en hulle is daarna saam met hulle eggenote betrek in 'n onderhoud wat een-en-'n-halwe uur geduur het. Hulle is aangeraai om alkoholmisbruik te staak. Die terapiegroep is aan verskillende vorms van terapie onderwerp volgens hulle behoeftes. Dit het beraad, *Alkoholiste Anoniem* en binne-pasiënt behandeling ingesluit. Daar is geen statistiese verskil gevind in die sukses van behandeling tussen die twee groepe na een jaar nie.

Heather (1986:177) het 'n studie gedoen oor die effektiwiteit van 'n selfdoenhandleiding wat ontwerp is vir probleemdrinkers wat op 'n advertensie in die media gereageer het. Persone wat op die advertensie gereageer het, het of 'n selfdoenhandleiding of 'n inligtingspamflet deur die pos ontvang. Die handleidings het inligting ingesluit oor die effek van alkohol op die menslike liggaam en gedrag, die redes vir die misbruik van alkohol, rekordhouding van alkoholgebruik, analisering van drinkgewoontes, beheerde alkoholgebruik, alternatiewe gedrag om probleemdrinkery te vervang en instruksies om terugvalle te voorkom. Die inligtingspamflet het geen spesifieke inligting bevat oor maniere om alkoholgebruik te verminder nie. Albei groepe se inname van alkohol het verminder. Die groep wat die selfdoen-handleidings ontvang het, het beduidend groter vermindering in alkoholgebruik getoon. Die studie het ook aangetoon dat persone met ernstige alkoholprobleme net soveel gebaat het as dié wat aanvanklik minder ernstige probleme gehad het. Heather (1986:175) meld egter dat gekontroleerde alkoholgebruik as doelstelling tans meer geskik is vir persone met minder ernstige alkoholverwante probleme.

Berg en Skutle (1986) het 'n studie gedoen om te bepaal watter van vier metodes van minimale ingryping die mees geskikte was vir probleemdrinkers. Die metodes was biblioterapie, gedragsterapeutiese opleiding in selfbeheer, opleiding in sosiale vaardighede en 'n kombinasie van die laasgenoemde twee metodes. Al die groepe se alkoholinnames en maatskaplike probleme het beduidend verminder en die vermindering was na verloop van 'n jaar steeds sigbaar. Daar is geen verskil tussen die groepe gevind nie. Die skrywers kom tot die gevolgtrekking dat die minimale ingryping wel suksesvol was.

Babor (1990:1071) verwys na 'n studie wat Elvy, Wells en Baird in 'n algemene hospitaal in Nieu Zeeland onderneem het. Swaar alkoholgebruikers is in 'n eksperimentele en kontrolegroep verdeel. Die eksperimentele groep is gekonfronteer met hulle alkoholverwante probleme en is verwys vir alkohol-beraad. Die kontrole groep het geen intervensie ontvang nie. 'n Groot persentasie (62%) van die pasiënte in die eksperimentele groep het die verwysing aanvaar en diegene wat verwys is, het na twaalf maande betekenisvol meer verbeter as die kontrolegroep. Dieselfde skrywer verwys na 'n studie van Wallace, Cutler en Haines waarin geneesheres slegs advies om alkoholmisbruik te staak aan 'n groep pasiënte gegee het, teenoor geen advies aan die kontrolegroep nie. Die eksperimentele groep het na verloop van 'n jaar, twee maal soveel vermindering in hulle alkoholverbruik getoon as die kontrole groep.

Hierdie studies toon dat intensiewe en langtermyn hulpverlening nie altyd nodig is nie, en dat daar ook sukses behaal kan word met minimale ingrypingstrategieë.

4.8.3 Gedragsveranderingstegnieke wat benut word in minimale ingrypingstrategieë

Minimale ingryping bestaan gewoonlik uit assessering, advies (dikwels van 'n geneesheer), biblioterapie in die vorm van handleidings wat gemik is daarop om alkoholverbruik te verminder of te staak en enkele opvolgbesoeke. Selfhelp-groepe kan 'n aanvullende bron van ondersteuning wees. Babor (1990:1071) bespreek verskeie ander tegnieke wat benut kan word tydens minimale ingryping. Dit is belangrik dat die terapeut aandag moet gee aan die pasiënt se motivering om te verander. Positiewe verwagtinge speel 'n belangrike rol hierin. Dit moet bv. aan die pasiënt oorgedra word dat indien hy drankmisbruik staak, dit sal lei tot beter gesondheid. Indien die positiewe verwagting vir die pasiënt baie waarde het, sal sy motivering beter wees. 'n Ander motiverende tegniek is om dissonansie by die pasiënt te skep. Dit is kenmerkend van menslike gedrag dat daar konsonansie moet wees tussen gedagtes, gevoelens en gedrag. Indien die pasiënt se kennis omtrent die negatiewe gevolge van alkoholgebruik dus bots met sy positiewe gevoelens omtrent alkohol, mag dit dissonansie skep en lei tot verandering. Die pasiënt se houding kan ook beïnvloed word deur metodes van sosiale beïnvloeding. Die pasiënt sal bv. toegee aan sosiale druk om sekere belonings te bekom of sterk identifiseer met 'n persoon of groep en sy gedrag sodanig wysig om in te pas by laasgenoemde. 'n Ander vorm inligting wat baie nuttig mag wees, is om aan die pasiënt inligting te gee oor normale drinkpatrone. Hy kan dan sy eie gedrag vergelyk met 'n aanvaarbare norm. Dit mag die motivering van die pasiënt versterk om sy gedrag in ooreenstemming te bring met die normale patroon.

Doelstellings moet baie duidelik en realisties wees. Daar moet van korttermyn uitvoerbare doelwitte gebruik gemaak word, wat uiteindelik lei tot die langtermyn doelstelling. Die pasiënt moet hom verbind tot die uitvoering van die doelstellings deur 'n kontrak te sluit met die terapeut. Die terapeut probeer voortdurend om die pasiënt se selfagting te bou en sy gevoelens dat hy in staat is om sy probleme te hanteer, te versterk. Volgens Babor (1990:1073) sluit hierdie vorm van hulpverlening ook funksionele analise en die aanleer van sosiale vaardighede in.

4.9 KEUSE VAN HULPVERLENINGSPROGRAMME

Die faktore wat die keuse van 'n hulpverleningsprogram beïnvloed, is die duur en opset van die hulpverlening en die eienskappe van die klient.

4.9.1 Die duur en opset van hulpverlening

Miller en Reid (1986:156) het twaalf studies bestudeer waarin binnepasiënt-behandeling met buitepasiënt-behandeling vergelyk is. In nie een van die studies is aangetoon dat die binnepasiënt behandeling meer suksesvol was nie. Hulle beweer verder dat korter en minder intensiewe hulpverleningsprogramme minstens net so suksesvol is as langer en meer intensiewe hulpverlening. In die lig van die koste-effektiwiteit van buite-pasiënt-behandeling, behoort hierdie bevinding in gedagte gehou te word by die beplanning van hulpverlening. Sommige afhanklike persone beskik egter nie oor die vermoë om hulle alkoholprobleme te hanteer en terselfdertyd hulle normale lewenspatroon voort te sit nie en kan beter bereik word deur binnepasiëntbehandeling.

4.9.2 Eienskappe van kliënte

Die keuse van hulpverleningsprogramme moet berus op 'n deeglike assessering van die kliënt se omstandighede en die volgende eienskappe van die kliënt moet in gedagte gehou word.

(1) Begripsvermoë

Volgens Miller (1985:96) vaar kliënte met 'n lae begripsvermoë beter wanneer terapie op 'n direkte wyse aangebied word, terwyl kliënte wat 'n hoë begripsvermoë het beter vaar met nie-direktiewe terapieë. Begripsvermoë handel oor eienskappe soos kognitiewe vermoëns en afhanklikheid. Persone met 'n hoë begripsvermoë beskik oor goeie kognitiewe vermoëns en 'n hoë mate van onafhanklikheid. Persone met 'n lae begripsvermoë het lae kognitiewe vermoëns en is afhanklik van gesag.

(2) Graad van afhanklikheid

Dit word aanvaar dat kliënte wat minder afhanklik van alkohol is, beter vaar indien die doelstelling gekontroleerde alkoholgebruik is. Kliënte wat baie afhanklik is, vaar beter indien die doelstelling geheelonthouding is. Dieselfde patroon kom voor wat betref die intensiteit van hulpverlening. Kliënte wat baie afhanklik is, vaar beter met intensiewe hulpverlening, terwyl die wat minder afhanklik is, weer beter vaar met minimale ingryping.

(3) Teenwoordigheid van lewensprobleme

Pattison, Coe en Doerr (1973) het gevind dat mense wie se opvoedkundige status, ekonomiese posisie en gesinstabiliteit verskil, van verskillende fasiliteite gebruik maak vir hulpverlening. Kliënte wat 'n gebrek het aan sosiale vaardigheid en baie maatskaplike probleme ervaar, vind meer baat by intensiewe binnepasiënt hulpverlening.

4.10 VOORKOMING VAN TERUGVALLE

Dit is 'n baie algemene verskynsel dat persone met alkoholprobleme ná behandeling terugval in negatiewe patrone van alkoholmisbruik. Dit is dus belangrik dat die terapeut hieraan aandag gee en dit probeer verhoed. Volgens Lewis, Dana en Blevins (1988:194) moet 'n terugval nie as 'n onomkeerbare struikelblok beskou word nie en moet die kliënt geleer word om die terugval so gou as moontlik te oorkom. Terugvalle word veroorsaak deur negatiewe emosies, soos ang, frustrasie, woede verveeldheid en depressie, interpersoonlike konflikte of sosiale druk. Die doelstellings van hulpverlening in hierdie fase is om die kliënt meer bewus te maak van sy eie gedrag en die keuses wat hy het, om sy lewensvaardighede te verbeter en om selfbeheer te ontwikkel.

Die terapeut het spesifieke **tegnieke** tot sy beskikking om die kliënt te help om terugvalle te voorkom.

(1) Self-monitering

Hierdie tegniek behels dat die kliënt rekord hou van sy drankgebruik en van geleenthede waar hy 'n behoefte aan alkohol ervaar. Hy teken ook aan watter tegnieke hy gebruik om te verseker dat hy nie alkohol gebruik nie. Sodoende word die kliënt bewus gemaak word van die gevoelens en omstandighede wat aanleiding gee tot alkoholmisbruik. Dit verhoed dat alkoholmisbruik 'n outomatiese respons word.

(2) Sosiale vaardigheid

Dit is baie belangrik dat die kliënt oor sosiale vaardighede moet beskik om moeilike situasies die hoof te bied. Hieronder val kommunikasievaardighede, probleemoplossingsvaardighede, vaardighede om spanning te hanteer en selfhandhawing. Hierdie vaardighede moet aan die kliënt geleer word, indien hy nie daarvoor beskik nie.

(3) Besluitneming

Kliënte moet geleer word om 'n bewuste besluit te neem wanneer hulle die behoefte ervaar om te drink. Dit behels dat hulle die korttermyn en langtermyn positiewe en negatiewe gevolge van alkoholgebruik neerskryf en daarvolgens 'n besluit neem.

(4) Kontraktering

Die terapeut kan met die kliënt 'n kontrak aangaan wat bepaal wat die kliënt se optrede sal wees indien hy wel terugval. Die kontrak kan bv. spesifiseer dat die kliënt na 'n sekere aantal drankies of na 'n sekere tydperk weer sal ophou drink en dat hy die terapeut sal skakel om die gebeure te bespreek.

(5) Herstel van balans in die lewe van die kliënt

Gewoonlik val die kliënt terug in alkoholmisbruik omdat daar te veel spanning of negatiewe elemente in sy lewe is. Die terapeut moet die kliënt dus help om 'n balans te verkry tussen die verpligtinge van die lewe en dit wat hy geniet. Gesonde vryetydsbesteding en ontspanning behoort aangemoedig te word.

(6) Alternatiewe bevrediging van behoeftes

Die kliënt misbruik soms alkohol omdat hy voel dat hy iets aan homself verskuldig is en homself wil bederf. Hy heg dus baie positiewe waarde aan die gebruik van alkohol. Die kliënt kan geleer word om in hierdie geval die alkohol te vervang met iets wat meer positief is. Die kliënt kan bv. eerder 'n begeerde item aankoop of gaan uiteet.

Aangesien terugvalle algemeen voorkom by alkoholafhanklike persone, moet hierdie tegnieke deel uitmaak van die hulpverleningsproses.

4.11 DIE SUKSES VAN HULPVERLENING

Daar bestaan baie verskille oor die sukses van hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Edwards et al. (1983:270) het 'n langtermynstudie gedoen en gevind dat 40% van 'n studiegroep van 68 pasiënte na 10 jaar as gerehabiliteer beskou kon word. Reyna et al. (1985:196) het na aanleiding van hulle eie en ander navorsers se resultate, suksessyfers van 32,4% tot 68% gevind na twaalf maande. Moore et al. (1989:407) het gevind dat 80% van pasiënte vir wie 'n hulpverleningsprogram begin is, terwyl hulle nog in die hospitaal was, tydens 'n opvolgkontak gemeld het dat hulle besig was om die voorgestelde program te volg. Selfs pasiënte wat slegs advies van hulle geneesheer ontvang het om op te hou drink, het meer motivering getoon om hulle gedrag te verander as die wat geen direkte advies ontvang het nie. Hierdie syfers dui daarop dat die pessimisme oor die suksesvolle hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon waarskynlik ongegrond is. Sulke persone sou dus daadwerklik baat kon vind daarby indien hulle alkoholprobleme vroegtydig opgespoor kon word en indien hulle verwys kon word vir hulpverlening.

4.12 VOORKOMING VAN ALKOHOLAFHANKLIKHEID

Robinson (1982:460) voer aan dat daar in die voorkoming van alkoholafhanklikheid gefokus kan word op die alkoholafhanklike, op die omgewing of op alkohol.

Indien op die alkoholafhanklike gefokus word, is die siening normaalweg dat daar twee groepe mense in die samelewing bestaan, alkoholafhanklikes en normale alkoholgebruikers. Hierdie siening stem ooreen met die siekte-konsep van alkoholisme. 'n Verdere aanname is dat net 'n klein gedeelte van die bevolking alkohol-afhanklik is en dat die res van die bevolking nie deur die probleem geraak word nie. Daar word dus hoofsaaklik van sekondêre voorkoming gebruik gemaak en die wyse van voorkoming is om mense te help om vroegtydig die tekens van alkoholafhanklikheid te erken en hulpverlening te ontvang. Voorkoming behels verder dat professionele persone aangemoedig word om sensitief te wees vir tekens van alkoholafhanklikheid en hulpverlening te inisieer. Hierdie siening bring mee dat daar in voorkoming slegs op die afhanklike persoon gefokus word en dat ander persone met alkoholprobleme geïgnoreer word.

Indien op die omgewing gefokus word, is die aanname dat die probleem lê in die wyse waarop alkohol in 'n gemeenskap gebruik word en die betekenis wat aan alkoholgebruik geheg word. Die fokus is op ongesonde gewoontes en houdings. Ongesonde gewoontes behels drankgebruik om probleme te oorkom, om 'n indruk van manlikheid te skep, of om iemand in staat te stel om moeilike situasies te hanteer. Dit kom voor in situasies waar drankgebruik die enigste aktiwiteit is in plaas van dat dit saamgaan met ander aktiwiteite, bv. die nuttiging van 'n maaltyd. Ongesonde houdings behels dat alle sosiale funksies noodwendig drinkgeleenthede moet wees, dat dronkenskap aanvaarbaar is en dat dronkenskap 'n verskoning is vir andersins onaanvaarbare gedrag. Die doelstelling van voorkoming is dan om meer gesonde gedrag en houdings t.o.v. drankgebruik aan te moedig.

Diegene wat op alkohol as sulks fokus, beweer dat indien die gemiddelde per kapita gebruik van alkohol afneem, die voorkoms van alkoholprobleme dienooreenkomstig sal afneem. Daar is bevind dat indien die beperkinge op die beskikbaarheid van alkohol verminder word, alkoholgebruik toeneem en die voorkoms van alkoholverwante probleme ook toeneem. Voorkoming van alkoholprobleme moet dus insluit dat die beskikbaarheid van alkohol beheer word. Dit kan gedoen word deur beheer uit te oefen oor die aantal en soort verkooppunte, die ure en dae van verkoop, die ouderdom waarop alkohol aan 'n persoon verkoop mag word, die alkoholinhoud van die drankie en die prys van alkohol. Volgens Robinson (1982:465) is 'n gekoördineerde benadering nodig en moet al drie uitgangspunte in 'n voorkomingsprogram verteenwoordig wees.

4.13 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n wye verskeidenheid van hulpverleningstegnieke bespreek wat in individuele terapie sowel as in groepsverband aangewend kan word. Metodes wat aangewend kan word om terugvalle by alkoholafhanklike persone te voorkom, is ook bespreek. Dit is duidelik dat die terapeut 'n groot verskeidenheid van tegnieke tot sy beskikking het. Die verantwoordelikheid om hierdie tegnieke te bestudeer en aan te wend, berus by die terapeut. Die effektiwiteit van hulpverlening sal bepaal word deur die vermoë van die terapeut om 'n wye verskeidenheid van tegnieke aan te wend en nie net op enkeles staat te maak nie.

HOOFSTUK 5

ALKOHOLPROBLEME BY

BRANDWONDPASIËNTE VAN DIE

TYGERBERG-HOSPITAAL

5.1 INLEIDING

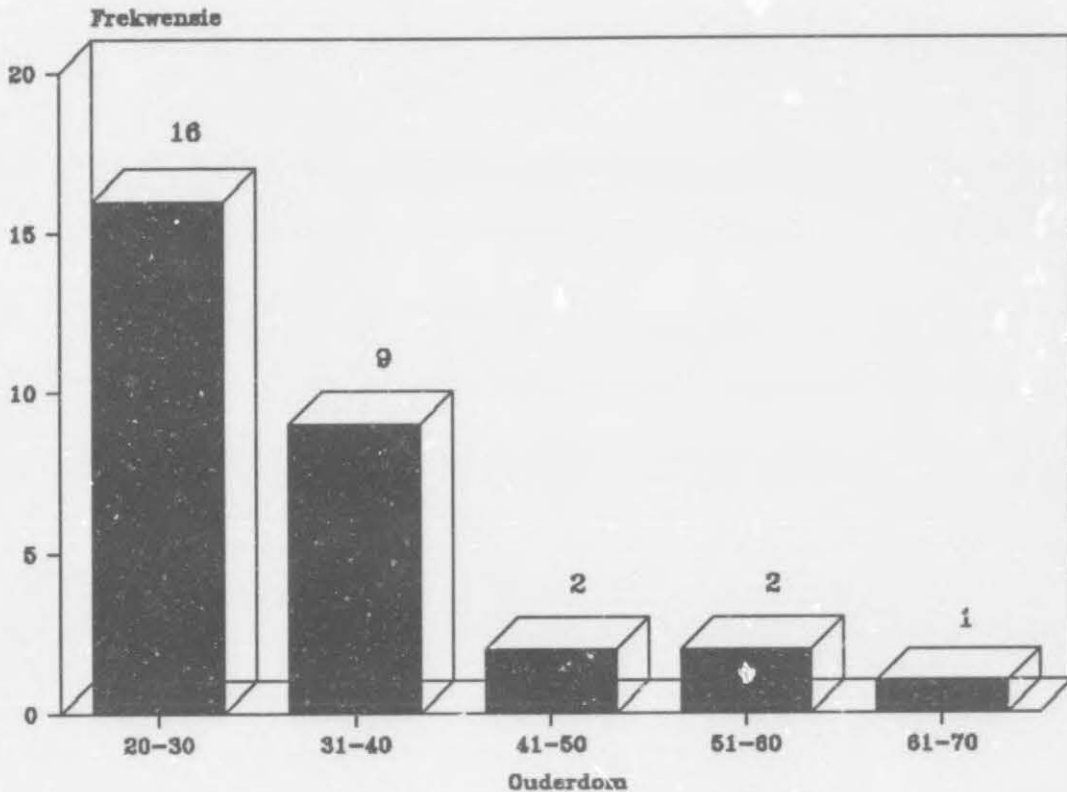
'n Empiriese ondersoek na die omvang van alkoholprobleme by volwasse brandwondpasiënte is in die Tygerberg-hospitaal onderneem vanaf 21 Maart 1992 tot 19 Junie 1992. Die doel en metodes van die ondersoek is reeds in hoofstuk een bespreek. In hierdie hoofstuk word die resultate van die ondersoek bespreek. Benewens identifiserende besonderhede, sal inligting verstrek word oor die insidensie van alkoholprobleme, die drinkpatrone, drinkgeskiedenis, motivering t.o.v. hulpverlening, en die maatskaplike agtergrond van die pasiënte.

5.2 IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

Die ouderdom en geslag van 'n pasiënt asook die lengte van sy verblyf in die hospitaal is belangrike faktore by die opstel van 'n hulpverleningsprogram. Hierdie faktore word vervolgens bespreek.

5.2.1 Ouderdom en geslag

Die gemiddelde ouderdom vir die pasiënte in hierdie studie was 32,97 jaar. Alkoholverwante traumatiese ongelukke word normaalweg geassosieer met jonger persone. Reyna *et al.* (1985:195) het bv. bevind dat daar tweemaal soveel alkoholverwante ongelukke in die ouderdomsgroep 16 tot 30 jaar was as in die ouderdomsgroep ouer as 30 jaar. Die ouderdomsverspreiding van die studiegroep word in figuur 5.1 weergegee. Alhoewel die gemiddelde ouderdom van respondente bo 30 jaar oud was, kan dit tog uit figuur 5,1 gesien word dat sestien van die pasiënte (d.w.s. meer as 50%) onder die ouderdom van 30 jaar was. Jonger pasiënte vind meer baat by minimale ingrypingsstrategieë en hulp wat op 'n buitepasiëntbasis gelewer word (Skinner 1990:1056).



Figuur 5.1: Ouderdomsverspreiding

Die meerderheid pasiënte wat alkohol misbruik het, was manlik. Daar was 23 manlike pasiënte teenoor sewe vroulike pasiënte. Hierdie bevinding is in ooreenstemming met die resultate van vorige navorsers. Lee Rocha-Silva (1987:5) het bv. gevind dat by alle bevolkingsgroepe in Suid-Afrika drankgebruik by mans hoër is as by vroue, alhoewel die gaping tussen blanke manlike en vroulike gebruikers besig is om te krimp.

5.2.2 Duur van hospitaalverblyf

Die pasiënte het vir 'n gemiddelde tydperk van 19,3 dae in die hospitaal vertoef. Die gemiddelde tydperk van hospitaalverblyf vir pasiënte wat nie alkoholprobleme ondervind het nie, was 18,87 dae. Die gemiddelde tydperk van hospitalisasie vir al die pasiënte wat gedurende die tydperk van studie tot die brandwondeenheid toegelaat is, d.w.s. ook die pasiënte wat nie bereik is nie omdat hulle te vroeg ontslaan is, maar uitgesonderd die wat in die hospitaal oorlede is, was 16,9 dae. Die relatiewe kort tydperke van rehabilitasie het implikasies vir die hulpverleningsprogram, aangesien slegs korttermynhulp moontlik is.

5.3 VOORKOMS EN VERSPREIDING VAN ALKOHOLAFHANKLIKHEID BY BRANDWONDASIËNTE

Uit 'n totaal van 53 pasiënte het 30 (56,6%) alkoholprobleme ondervind. Hierdie syfer is hoër as die 17% wat Darko *et al.* (1986:395) vir brandwondpasiënte rapporteer en ook hoër as die 33,33% wat deur Jones *et al.* (1991:150) vir brandwondpasiënte gerapporteer is. Die hoër voorkoms van alkoholprobleme by brandwondpasiënte van die Tygerberg-hospitaal kan moontlik daaraan toegeskryf word dat dit 'n provinsiale hospitaal is wat hoofsaaklik pasiënte van 'n laer sosio-ekonomiese groep bedien. Vir 'n interpretasie van die tellings wat die pasiënte op die *MAST* behaal het, is gebruik gemaak van die indeling van Lewis, Dana en Blevins (1988:101-107). Die gegewens word in tabel 5.1 weergegee.

Tabel 5.1: Verspreiding van alkoholprobleme

Kategorieë	Manlik	Vroulik	f
Nie Alkoholafhanklik (0-4)	10	13	23
Moontlik Alkoholafhanklik (5-6)	3	2	5
Alkoholafhanklik (7-9)	2	3	5
Matig Alkoholafhanklik (10-20)	14	1	15
Ernstig Alkoholafhanklik (21-55)	4	1	5
TOTAAL	33	20	53

Uit hierdie tabel blyk dit dat vyftien pasiënte in die kategorie val van *matige of redelik ernstige* alkoholprobleme. Hierdie groep verteenwoordig 50% van die pasiënte wat wel alkoholprobleme ondervind. Vyf pasiënte (9,43%) kan as *ernstig alkoholafhanklik* beskryf word. Volgens De Miranda (1988:85) kom alkoholprobleme by 27% tot 30% van alle persone wat alkohol gebruik, voor. Die insidensie van ernstige afhanklikheid by die algemene bevolking is 6%-8% en hierdie syfer is konstant oor die wêreld en in verskillende omstandighede (De Miranda 1988:85). Die bevindinge van hierdie studie val binne die reikwydte van die algemene tendens en is slegs effens hoër as die grens van 8%. Aangesien die studiegroep klein is, kan hierdie verskil nie as beduidend beskou word nie. Uit hierdie bevindinge blyk dit dat die meeste pasiënte nie chronies alkoholafhanklik is nie, maar eerder as ernstige probleemdrinkers beskryf kan word.

Die res van die ondersoek is afgehandel ten opsigte van die pasiënte wat wel alkoholprobleme ervaar. Vervolgens sal daar dus net oor hierdie dertig pasiënte se omstandighede gerapporteer word.

5.4 DRINKPATROON

Die drinkpatroon van die pasiënte wat alkohol gebruik, word vervolgens in meer besonderhede bespreek.

5.4.1 Frekwensie van Alkoholgebruik

Die frekwensie van alkoholgebruik word in tabel 5.2 weergegee.

Tabel 5.2: Frekwensie van alkoholgebruik

Kategorie	Moontlik Alkohol- afhanklik	Alkohol- afhanklik	Matig Alkohol- afhanklik	Ernstig Alkohol- afhanklik	f
Daaglik	0	1	3	4	8
Naweke	5	4	12	1	22
Sporadies	0	0	0	0	0
Ander	0	0	0	0	6
Totaal	5	5	15	5	30

Daar bestaan 'n beduidende verband tussen die graad van afhanklikheid en die frekwensie van alkoholgebruik ($p = ,0377$). Persone wat *ernstig afhanklik* is, was meer geneig om daaglik alkohol te gebruik as diegene wat nie so 'n ernstige alkoholprobleem het nie. Uit tabel 5.2 blyk dit dat die grootste aantal pasiënte aangedui het dat hulle hoofsaaklik naweke alkohol gebruik. Hierdie bevinding word bevestig deur die bevindinge van Gillis, Lewis en Slabbert (1973:1374) en Müller en Van Rensburg (1986:592). Daar was dus 'n baie kenmerkende drinkpatroon en die feit dat geeneen van die respondente aangetoon het dat hulle sporadies drink of ander drinkpatrone het nie, bevestig die vaste patroon van alkoholgebruik. Agt van die respondente wat hoofsaaklik naweekdrinkers is, het aangetoon dat hulle soms ook gedurende die week alkohol gebruik. Dit gebeur egter by uitsondering en by sulke geleenthede drink hulle ook minder as wat gedurende die naweek die geval is. Daar mag verskillende redes bestaan vir hierdie patroon van alkoholgebruik. Die respondente kom naamlik uit 'n redelike homogene kulturele groep en die patroon mag kultureel vasgelê wees. Die gebruik van alkohol oor naweke mag bv. vir die groep meer aanvaarbaar wees as wat alkoholgebruik gedurende die week is. 'n Ander rede mag wees dat pasiënte drink wanneer hulle geld beskikbaar het. Aangesien die meeste respondente weekloners is, word hulle Vrydae betaal en kan hulle dan maklik alkohol bekom. Die navorser is van mening dat albei hierdie redes geldige verklarings vir die patroon van drankgebruik by die studiegroep is.

Van die agt pasiënte wat daaglik alkohol gebruik, het vier (50%) in die kategorie *ernstig alkoholafhanklik* geval, drie in die kategorie *matig alkoholafhanklik* en een in die kategorie *alkoholafhanklik*. Hierdie bevinding dui op die geldigheid van die toets aangesien die persone met ernstige alkoholafhanklikheid 'n hoër frekwensie van alkoholgebruik gehad het.

5.4.2 Tyd van die dag wanneer alkohol gebruik word

Die tyd van die dag wanneer respondente alkohol gebruik, word in tabel 5.3 weergegee.

Tabel 5.3: Tyd van die dag wanneer alkohol verbruik word

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Middae en Saans	3	4	2	0	9
Net Saans	1	0	1	0	2
Heeldag	1	1	12	5	19
Totaal	5	5	15	5	30

Daar bestaan 'n beduidende verband tussen die graad van afhanklikheid en die tyd van die dag waarop respondente alkohol gebruik ($p = ,0066$). Die groep wat *ernstig afhanklik* is, het almal aangedui dat hulle die hele dag lank drink. Dit blyk dat daar ook wat die tyd van die dag waarop daar gedrink word betref, 'n vaste patroon bestaan. Die meeste respondente, naamlik neëntien (63,33%), het aangedui dat, wanneer hulle wel alkohol gebruik, hulle gedurende die hele dag drink. Die mees algemene patroon wat uit hierdie gegewens na vore kom, is dus dat die respondent op 'n Vrydagaand na werk sal begin drink, Saterdag die hele dag en ook op Sondag sal drink. Die meeste respondente het aangetoon dat hulle Sondagmiddag ophou drink, sodat hulle gereed kan wees vir werk op Maandagoggend.

5.4.3 Hoeveelheid alkohol gebruik

Die hoeveelheid alkohol wat die respondente gebruik, was moeilik om te bepaal. Respondente was vaag omtrent die hoeveelheid alkohol wat hulle gebruik en het aangedui dat hulle saam met vriende drink en nie altyd seker is van hulle individuele gebruik nie. Die hoeveelheid alkohol wat gebruik word, is weergegee as eenhede alkohol (Rocha-Silva 1983:4, Howe 1989:98 en Collins 1990:16). Hiervolgens is een eenheid gelyk aan:

-1 glas wyn (125 ml)

-1 klein botteltjie bier (340 ml) of

-1 sopie sterk drank (25 ml).

Die hoeveelheid weeklikse alkoholverbruik van die respondente word in tabel 5.4 en 5.5 weergegee. Die eerste kategorie in die tabel (0-21 eenhede vir mans en 0-14 eenhede vir vroue) verteenwoordig ligte, veilige alkoholgebruik. Die tweede kategorie (22-35 eenhede vir mans en 15-21 eenhede vir vroue) verteenwoordig matige alkoholgebruik. Die derde kategorie (36-50 eenhede vir mans en 22-35 eenhede vir vroue) verteenwoordig gereelde, redelike swaar alkoholverbruik wat waarskynlik skadelik is vir die gesondheid en die vierde kategorie 51+ eenhede vir mans en 36+ eenhede vir vroue verteenwoordig gereelde baie swaar alkoholverbruik wat definitief skadelik is vir die gesondheid (Collins, Ottley and Wilson 1991:16).

Tabel 5.4: Hoeveelheid weeklikse alkoholverbruik van mans

Kategorie (Eenhede)	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
0 - 21	2	0	0	0	2
22 - 35	1	1	3	0	5
36 - 50	0	1	6	0	7
51 en meer	0	0	5	4	9
Totaal	3	2	14	4	23*

* N = 23 (Mans in studiegroep)

Tabel 5.5: Hoeveelheid weeklikse alkoholverbruik van vroue

Kategorie (Eenhede)	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
0 - 14	1	2	0	0	3
15 - 21	0	1	0	0	1
22 - 35	1	0	1	1	3
36 en meer	0	0	0	0	0
Totaal	2	3	1	1	7*

* N = 7 (Vroue in studiegroep).

'n Sterk positiewe verband tussen die hoeveelheid alkoholgebruik by mans en die graad van afhanklikheid is gevind ($p = ,0059$). Hierdie gegewens bevestig die geldigheid van die MAST as meetinstrument. Uit bogenoemde tabelle blyk dit ook dat slegs vyf (16,67%) van die

respondente binne die grense van veilige alkoholgebruik val. Negentien respondente (63,33%) drink redelik of baie swaar, tot so 'n mate dat dit 'n gevaar vir hulle gesondheid inhou. Die feit dat die meerderheid respondente nie hulle alkoholinnome oor die week versprei nie, maar hoofsaaklik oor naweke drink, verhoog die gevaar van ongelukke en aggressiewe gedrag vir hierdie respondente. Slegs vier pasiënte het aangedui dat hulle benewens alkohol ook ander middels gebruik. Al vier die pasiënte het genoem dat hulle dagga gebruik en twee het ook mandrax-tablette aangedui. Die gebruik van bykomende middels verhoog die gevaar van aggressiewe gedrag en ongelukke.

5.4.4 Plekke waar alkohol gebruik word

Tabel ses toon aan waar respondente normaalweg drink.

Tabel 5.6: Plekke waar alkohol gebruik word

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Tuis	4	3	11	3	21
Kroeg	2	2	2	1	7
Vriende	0	3	5	1	9
Op straat	0	0	0	0	0
Totaal	6	8	18	5	37*

* Sommige respondente het meer as een kategorie aangedui.

Die response wat verkry is, dui daarop dat daar in baie gevalle tuis gedrink word. Uit 37 response het 21 (56,75%) in die kategorie *tuis* geressorteer. Dit dui op die belangrikheid daarvan dat die familie betrek moet word in die hulpverleningsprogram.

5.4.5 Die sosiale gebruik van alkohol

Dit wil voorkom asof alkoholgebruik by die respondente hoofsaaklik 'n sosiale verskynsel is. Respondente het die persone saam met wie hulle alkohol gebruik soos volg aangedui:

Tabel 5.7: Die sosiale gebruik van alkohol

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Alleen	0	1	4	0	5
Man/Vrou	0	0	1	0	1
Vriende	4	5	9	4	22
Ander familie	2	0	3	0	5
Ander	0	0	0	1	1
Totaal	6	6	17	5	34*

* Sommige respondente het meer as een kategorie aangedui.

Uit die tabel blyk dit dat alkohol in die meeste gevalle saam met vriende gebruik word. Baie min pasiënte het aangedui dat hulle alleen drink. Enersyds mag dit daarop dui dat die pasiënt se alkoholmisbruik nog nie 'n gevorderde stadium bereik het nie aangesien hulle nie alleen drink nie, maar andersyds dui dit ook daarop dat die pasiënte besondere vaardighede sal moet aanleer om hulle in staat te stel om druk van vriende om wel alkohol te gebruik, te weerstaan. In hierdie verband is die gedragsveranderingstegnieke wat reeds in hoofstuk vier, paragraaf 7.3 bespreek is, veral belangrik. Hierdie vaardighede kan ook in groepsverband aangeleer word, soos bespreek is in hoofstuk vier, paragraaf 9.1.

5.4.6 Reaksie op alkoholgebruik

Die feit dat alkoholmisbruik vir die pasiënte 'n positiewe gevoelswaarde het, word verder beklemtoon deur hulle reaksie op alkoholgebruik, soos blyk uit tabel 5.8.

Tabel 5.8: Reaksie op alkoholgebruik

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Aggressief	0	0	2	1	3
Onbeskof	1	0	1	0	2
Argumenteer	0	0	2	0	2
Vrolik/Gelukkig	5	5	8	3	21
Slaap	1	0	2	1	4
Totaal	7	5	15	5	32*

* Sommige respondente het meer as een kategorie aangedui

Van die response wat verkry is, dui die meerderheid nl. 21 (65,62%) daarop dat die pasiënte vrolik en gelukkig voel wanneer hulle alkohol gebruik. Hierdie feit saam met die bevindinge van die vorige paragraaf dui daarop dat alkohol 'n belangrike ontspannende en sosiale funksie vervul vir die pasiënte en dit moet in gedagte gehou word wanneer 'n hulpverleningsprogram opgestel word. Dit is veral ook belangrik in die motiveringsfase (vergelyk hoofstuk 4 paragraaf 5).

Uit die voorafgaande gegewens is dit duidelik dat die respondente hoofsaaklik naweekdrinkers is, wat swaar drink. Die feit dat die drinkpatroon buite die normale aanvaarbare grense van alkoholverbruik val, blyk uit die groot hoeveelheid alkohol wat verbruik word, asook uit die feit dat respondente aandui dat, wanneer hulle wel drink, hulle die hele dag lank drink. Dit is ook duidelik dat alkohol hoofsaaklik saam met vriende gebruik word en deel vorm 'n sosiale patroon.

5.5 DRINKGESKIEDENIS

Inligting omtrent respondente se drinkgeskiedenis is belangrik aangesien dit verband hou met die tipe hulpverleningsprogram wat benut kan word.

5.5.1 Tydperk van alkoholgebruik

Die ouderdom waarop respondente begin drink het en die tydperke van alkoholgebruik word in tabel 5.9 weergegee.

Tabel 5.9: Tydperk van alkoholgebruik

Respondent*	Ouderdom	Ouderdom begin drink	Tydperk van alkoholgebruik
MNT 1	27	23	4
MNT 2	37	16	21
MNT 3	37	20	17
MNT 4	30	20	10
MNT 5	36	21	15
MNT x	33,4	20	13,4
ALK 1	42	26	16
ALK 2	27	16	11
ALK 3	34	15	19
ALK 4	22	17	5
ALK 5	30	21	9
ALK x	31	19	12
MAT 1	30	20	10
MAT 2	49	24	25
MAT 3	21	16	5
MAT 4	39	18	18
MAT 5	22	12	10
MAT 6	62	21	41
MAT 7	22	16	6
MAT 8	24	17	7
MAT 9	30	15	15
MAT 10	24	18	6
MAT 11	34	18	16
MAT 12	52	20	32
MAT 13	33	18	15
MAT 14	21	14	7
MAT 15	20	16	4
MAT x	32,2	17,5	14,5
ERN 1	29	16	13
ERN 2	36	17	19
ERN 3	60	22	38
ERN 4	35	20	15
ERN 5	24	15	6
ERN x	36,8	18	18,2
TOT x	32,97	18,3	14,5

* MNT = Moontlik alkoholafhanklik
 ALK = Alkoholafhanklik
 MAT = Matig Alkoholafhanklik
 ERN = Ernstig alkoholafhanklik

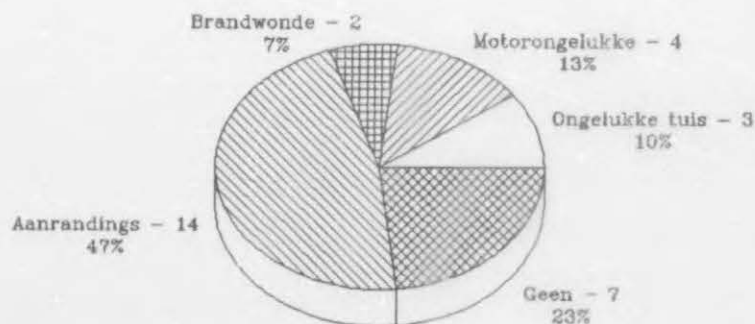
Uit tabel 5.9 blyk dit dat die gemiddelde ouderdom waarop respondente begin het om alkohol te gebruik, 18,3 jaar was. Dit blyk verder dat die gemiddelde tydperk wat respondente al

alkohol gebruik, 14,5 jaar is. Hierdie bevinding het belangrike implikasies vir die hulpverleningsprogram aangesien persone wat so 'n lang geskiedenis van alkoholmisbruik het, waarskynlik nie baat sal vind by minimale ingrypingsstrategieë soos bespreek in hoofstuk 4 paragraaf 10 nie. Dit dui ook daarop dat respondente eerder 'n chroniese probleem het as 'n akute probleem.

5.5.2 Alkoholmisbruik, -verwante siektes en vorige ongelukke

Slegs vyf pasiënte (16,67%) het alkoholverwante siektes gerapporteer. Drie pasiënte het gemeld dat hulle aan gastritis ly, terwyl een longprobleme en die ander lewersirroze gerapporteer het. In teenstelling hiermee het sewentien pasiënte (56,67%) gerapporteer dat hulle voorheen ernstig beseer is in ongelukke a.g.v. alkoholmisbruik. Hierdie bevindinge stem ooreen met die drinkpatroon wat in 5.4.1 gerapporteer is, nl. dat die meeste pasiënte naweekdrinkers is en nie daaglik alkohol gebruik nie. Die feit dat 'n groot hoeveelheid alkohol per geleentheid gebruik word, lei tot meer ongelukke en aggressiewe gedrag, terwyl daaglikse gebruik van alkohol meer dikwels lei tot alkoholverwante siektes. Reyna, Hoilis en Hulsebus (1985:195) meld dat die sterftesyfer vir alkoholverwante siektes gedurende 1977 in Amerika meer as die helfte minder as die sterftesyfer vir alkoholverwante ongelukke was. In die huidige studie is dieselfde tendens gevind.

Die aard van die vorige beserings word in figuur 5.2 weergegee. Sommige respondente het meer as een vorige alkoholverwante besering gerapporteer.



Figuur 5.2: Vorige beserings agv alkoholmisbruik

Uit figuur 5.2 blyk dit dat aanrandings die belangrikste oorsaak van vorige alkoholverwante beserings is. Die hoë insidensie van vorige alkoholverwante beserings, dui op die *swaaideur-effek* in trauma-eenhede vir pasiënte wat alkohol misbruik.

5.5.3 Die verband tussen alkoholmisbruik en die huidige brandwondbesering

Sewentien van die pasiënte (56,67%) het gerapporteer dat alkohol direk bygedra het tot hulle huidige brandwondbeserings. Hierdie feit kan gebruik word om die pasiënt te konfronteer met die gevolge van alkoholmisbruik, veral as die pasiënt ook reeds vorige alkoholverwante beserings gehad het.

5.6 MOTIVERING

Motivering word beskou as 'n belangrike voorvereiste vir geslaagde hulpverlening t.o.v. alkoholafhanklikheid. Derhalwe is ondersoek ingestel na die motivering van die pasiënte om hulp te ontvang t.o.v. hulle afhanklikheid.

5.6.1 Evaluering van eie drinkgewoontes

Pasiënte was oor die algemeen nie van mening dat hulle swaar drinkers is nie, soos blyk uit tabel 5.10.

Tabel 5.10: Evaluering van eie drinkgewoontes

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Lig	3	4	6	2	15
Matig	1	1	4	2	8
Swaar	1	0	5	0	6
Alkohol-afhanklik	0	0	0	1	1
Totaal	5	5	15	5	30

Uit tabel 5.10 blyk dit dat vyftien (50%) van die respondente hulleself as ligte sosiale drinkers beskou het. Slegs een van die pasiënte het homself as *alkoholafhanklik* beskou. Twee van die pasiënte wat as *ernstig alkoholafhanklik* getoets het, het hulleself as ligte alkoholverbruikers beskou. Hierdie bevindinge mag dui op 'n gebrek aan insig by die pasiënte oor die erns van

hulle probleem en dui ook daarop dat sommige van die pasiënte, wat motivering betref, in die voor-oorwegingsgroep ingedeel kan word, volgens die model van Prochaska en Diclemente (1983). Dit is moontlik dat die pasiënte hulle eie drinkgewoontes so gunstig evalueer omdat hulle hulleself vergelyk met ander persone in hulle gemeenskappe waar alkoholgebruik algemeen voorkom.

5.6.2 Redes vir alkoholgebruik

Die pasiënte het die volgende redes vir hulle alkoholgebruik verstrek.

Tabel 5.11: Redes vir alkoholgebruik

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Spanning	0	0	2	0	2
Sosiaal	2	1	4	2	9
Ontspanning	2	1	6	2	11
Vriende	1	4	3	0	8
Gewoonte	0	1	3	0	4
Probleme	0	0	0	1	1
Totaal	5	7	18	5	35*

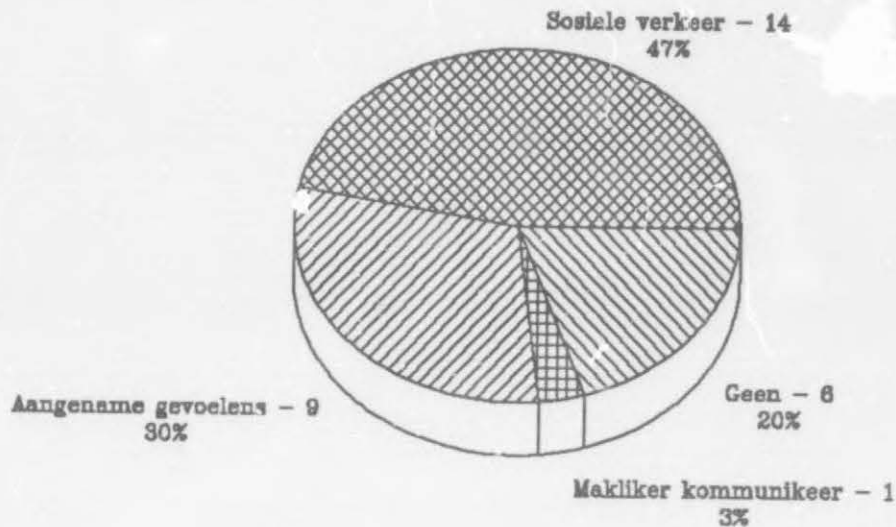
* Sommige respondente het meer as een kategorie aangedui.

Uit bg. tabel is dit duidelik dat alkohol 'n belangrike sosiale en ontspanningsfunksie vir die pasiënte het. Twintig (57,14%) van die response het dan ook daarop gedui dat alkohol die pasiënte help om te ontspan of dat dit sosiale verkeer bevorder.

Die ondersoek het ook aangetoon dat die pasiënte dit moeilik vind om die redes vir hulle alkoholgebruik te verklaar. Op die vraag of daar enige situasie is wat hulle na alkohol laat hunker, het dertien van die pasiënte (43,33%) geantwoord dat daar geen spesifieke situasie was nie. Die res van die studiegroep het vae en uiteenlopende antwoorde op hierdie vraag verskaf. Die pasiënte het dit ook moeilik gevind om gevoelens te identifiseer wat by hulle 'n behoefte aan alkohol skep. Twintig pasiënte (66,67%) kon geen gevoelens identifiseer nie. Dit wil dus voorkom asof die pasiënte nie doelbewus alkohol gebruik om aan moeilike situasies of gevoelens te ontsnap nie, maar eerder op 'n onbewuste vlak en as gevolg van gebruike in die gemeenskap geleer het om alkohol as ontvlugtingsmiddel te gebruik.

5.6.3 Effek van alkoholgebruik

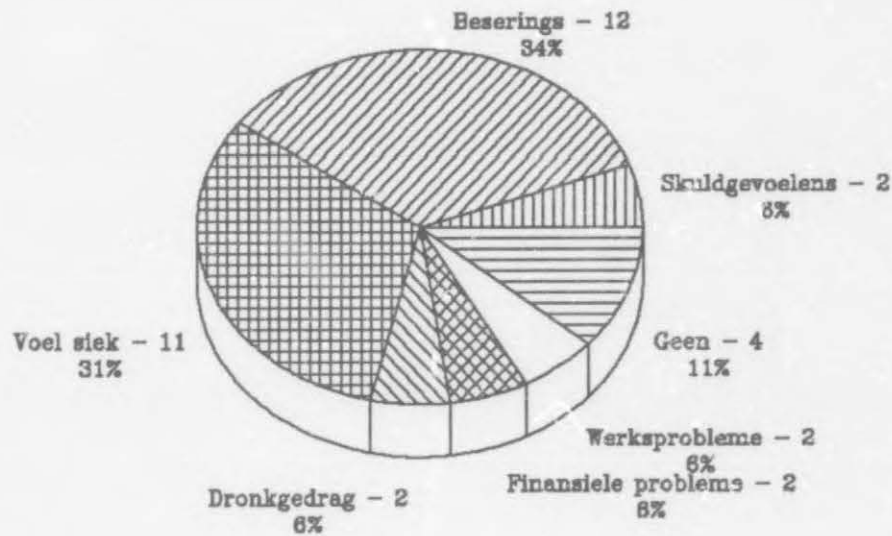
Pasiënte het die positiewe effek wat alkohol op hulle het, soos volg aangedui.



Figuur 5.3: Positiewe gevolge van alkoholmisbruik

Volgens hierdie bevindinge is die pasiënte se ervaring dat alkoholgebruik sosiale verkeer bevorder en aangename gevoelens meebring. Dit mag dui op 'n gebrek aan sosiale vaardighede en op 'n onvermoë om sosiaal te verkeer sonder die hulp van alkohol.

Die negatiewe gevolge van alkohol is soos volg weergegee.



Figuur 5.4: Negatiewe gevolge van alkoholmisbruik

Uit figuur 5.4 blyk dit dat die mees negatiewe effek van alkoholgebruik wat die pasiënte geïdentifiseer het, was dat dit lei tot argumente en bakleiery. Twaalf (34%) pasiënte het aangedui dat beserings en aanrandings wat hulle opdoen terwyl hulle onder die invloed van alkohol is, vir hulle kommerwekkend is. 'n Verdere negatiewe effek van alkoholgebruik wat elf (31%) pasiënte aangedui het, was onttrekkingsimptome soos naarheid en hoofpyn. Hierdie gegewens dui daarop dat pasiënte nie die positiewe effek wat alkoholgebruik vir hulle inhou in verband bring met die negatiewe gevolge van alkoholmisbruik nie. Gevolglik ervaar hulle nie dat hulle 'n prys betaal vir die ontspanningswaarde wat alkohol inhou nie en ontbreek die motivering om meer positiewe wyses van ontspanning te vind dus ook.

5.6.4 Alkoholmisbruik en maatskaplike probleme

Pasiënte het aangedui dat alkoholmisbruik probleme op verskillende terreine van die maatskaplike lewe veroorsaak. Hierdie inligting word in tabel 5.12 weergegee.

Tabel 5.12: Alkoholmisbruik en maatskaplike probleme

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Finansies	2	1	7	4	14
Behuising	0	1	2	2	5
Huwelik	3	0	4	5	12
Gesinslewe	1	2	4	1	8
Werk	0	0	2	1	3
Werkloosheid	0	0	1	1	2
Gesondheid	0	0	0	2	2
Geen	2	3	5	0	10
Totaal	8	7	25	16	56*

* Sommige respondente het meer as een kategorie aangedui.

Die negatiewe invloed van alkoholmisbruik op die finansiële omstandighede en huwelikslewe van die respondente, blyk duidelik uit bostaande tabel. Pasiënte wat ernstige en redelik ernstige alkoholprobleme ondervind, het ook gemiddeld meer terreine aangedui waar alkohol vir hulle probleme veroorsaak. Die groep wat *ernstig alkoholaafhanklik* is, het gemiddeld 3,22 probleemareas aangedui teenoor 1,2 areas by die *moontlike probleemgroep*, 0,8 areas by die *alkoholaafhanklike* groep en 1,33 areas by die *redelik ernstige afhanklike* groep.

5.6.5 Begeerte om alkoholmisbruik te staak

Pasiënte se motivering om op te hou drink, kan tot 'n mate afgelei word van hulle reaksie op 'n direkte vraag oor hulle begeerte om op te hou drink. Die pasiënte se reaksie op hierdie vraag word in tabel 5.13 weergegee.

Tabel 5.13: Begeerte om alkoholmisbruik te staak

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Wil ophou	2	3	9	3	17
Wil minder	0	0	4	0	4
Wil geleidelik ophou	2	1	1	2	6
Wil nie ophou	1	1	1	0	3
Totaal	5	5	15	5	30

Dit blyk dat sewentien pasiënte (56,67%) te kenne gegee het dat hulle wil ophou drink, terwyl 'n verdere ses pasiënte te kenne gegee het dat hulle ook uiteindelik wil ophou drink, maar dat hulle dit geleidelik wil doen. Dit mag wees dat die pasiënte so gereageer het om 'n gunstige indruk op die navorser te maak. Sommige pasiënte het egter hulle besluit gemotiveer met stellings soos die volgende:

- *Ek het 'n belofte aan die Here gemaak.*
- *Ek sien drank is nie goed nie.*
- *Ek het die mense by die huis belowe.*
- *Wyn veroorsaak dat 'n mens seerkry.*
- *Ek het te bitter swaar gekry.*
- *Daar is geen voordeel in die drinkery nie.*
- *Drank veroorsaak te veel probleme - ek sal sterf.*

Slegs drie pasiënte het te kenne gegee dat hulle nie hulle drinkgewoontes wil verander nie.

Bostaande tendense dui daarop dat die brandervaring tog 'n krisis vir die pasiënt skep wat hom laat nadink oor sy situasie en sy motivering om sy gewoontes te verander, verhoog. Op die vraag of die brandervaring enige verandering in die pasiënte se gevoelens t.o.v. hulle alkoholgebruik veroorsaak het, het 22 (73,33%) dan ook positief gereageer. In die meeste gevalle het die pyn wat deur die brandwonde veroorsaak word en die feit dat pasiënte fisies geskend is baie bygedra tot die motivering.

5.6.6 Houding teenoor hulpverlening

Pasiënte se houding teenoor hulpverlening word in die volgende tabel uiteengesit.

Tabel 5.14: Houding teenoor hulpverlening

Kategorie	Moontlik Alkohol- afhanklik	Alkohol- afhanklik	Matig Alkohol- afhanklik	Ernstig Alkohol- afhanklik	f
Voorheen <i>JA</i> oorweeg <i>NEE</i>	0 5	0 5	1 14	1 4	2 28
Voorheen <i>JA</i> ontvang <i>NEE</i>	0 5	0 5	1 14	0 5	1 29
Tans <i>JA</i> bereid <i>NEE</i>	0 5	0 5	7 8	5 0	12 18

Slegs twee pasiënte het voorheen oorweeg om hulpverlening te ontvang en slegs een pasiënt het reeds by 'n hulpverleningsprogram ingeskakel. Dit dui daarop dat die pasiënte, as 'n groep, waarskynlik nog nie met hulle negatiewe drinkgedrag gekonfronteer is nie en nog nie in die geleentheid gestel is om daaroor na te dink nie. Dit word in die literatuur beklemtoon dat pasiënte dikwels nie met hulle drinkgedrag gekonfronteer word nie. Gentilello *et al.* (1988:559) meld byvoorbeeld dat meer as 85% van alkoholafhanklike pasiënte nie as sulks geïdentifiseer word nie.

Twaalf pasiënte (40%) was bereid om hulpverlening te ontvang i.v.m. hulle alkoholprobleme. Hierdie syfer gee miskien 'n meer realistiese aanduiding van die pasiënte se werklike motivering om hulle drinkgedrag te verander as die vorige vraag wat gehandel het oor die pasiënte se begeerte om op te hou drink. Die feit dat 40% van die pasiënte bereid is om hulpverlening te ontvang, dui reeds op 'n unieke geleentheid wat benut kan word om hulpverlening te inisieer. Nege van die pasiënte het aangedui dat hulle buitepasiëntbehandeling vir hulle alkoholafhanklikheid sou verkies, terwyl twee binnepasiëntbehandeling verkies het. Een pasiënt het aangedui dat enige van die opsies vir hom aanvaarbaar sou wees. Dit is opvallend dat geeneen van die pasiënte in die kategorieë, *moontlik afhanklik* en *afhanklik*, bereid was om hulpverlening te ontvang nie, terwyl die wat ernstiger alkoholprobleme ondervind het, meer toeganklik was vir hulpverlening. Dit mag daarop dui dat die eerste twee kategorieë pasiënte voel dat hulle in staat is om self hulle probleme te hanteer, terwyl die laasgenoemde twee kategorieë besef dat hulle hulp nodig het. 'n Hulpverleningsprogram behoort vir albei hierdie groepe pasiënte voorsiening te maak.

5.7 DIE MAATSKAPLIKE OMSTANDIGHEDE VAN RESPONDENTE

Kennis omtrent die maatskaplike omstandighede van die pasiënte is belangrik, aangesien daar van die standpunt uitgegaan word dat die pasiënt funksioneer binne 'n bepaalde eko-sisteem en dat hulpverlening slegs kan geskied indien daar rekening gehou word met die invloed van ander sisteme op die pasiënt. Vervolgens word inligting oor die pasiënte se maatskaplike omstandighede verstrek.

5.7.1 Huwelikstatus en gesinsverhoudings

Pasiënte se huwelikstatus word in tabel 5.15 beskryf.

Tabel 5.15: Huwelikstatus

Kategorie	Moontlik Alkohol- afhanklik	Alkohol- afhanklik	Matig Alkohol- afhanklik	Ernstig Alkohol- afhanklik	f
Ongetroud	2	4	5	0	11
Saamleef	1	1	3	4	9
Getroud	2	0	5	1	8
Geskei	0	0	1	0	1
Weduwee/ Wewenaar	0	0	1	0	1
Totaal	5	5	15	5	30

Uit bg. tabel blyk dit dat 17 pasiënte (56,67%) in een of ander verhouding gestaan het terwyl 13 pasiënte (43,33%) alleenlopers was. Pasiënte wat getroud was se huwelikke was gemiddeld sewe jaar oud en die wat in saamleefverhoudings betrokke was, het al vir gemiddeld 6,55 jaar saamgeleef. Pasiënte wat in verhoudings was, het dus redelik stabiele verhoudings gehad, maar daar was ook 'n groot persentasie van die studiegroep wat nie die ondersteuning van 'n gesin geniet het nie. Slegs twee van die pasiënte in 'n verhouding het die verhouding as baie gelukkig beskryf, drie het gesê dat hulle verhoudings gelukkig was, sewe se verhoudings was redelik gelukkig, drie was ongelukkig en twee wou skei. Dit blyk dus dat daar baie spanning in die verhoudinge bestaan. Elf van die sewentien pasiënte wat in 'n huweliks- of saamleefverhouding betrokke was, het gemeld dat hulle lewensmaats ontevrede was met hulle alkoholgebruik. Twee het gesê dat hulle lewensmaats nie praat oor hulle alkoholgebruik nie, terwyl vier van die lewensmaats self ook alkohol misbruik. Die pasiënte het gemiddeld 1,6 kinders gehad. Ses pasiënte het geen kinders gehad nie. Twintig pasiënte het gemeld dat hulle

verhouding met hulle kinders goed of baie goed is. Slegs twee pasiënte het gevoel dat hulle swak verhoudings met hulle kinders handhaaf en twee ander dat hulle verhouding met hulle kinders redelik is.

5.7.2 Godsdiensbeoefening

Al die pasiënte het te kenne gegee dat hulle aan 'n kerk behoort. Almal, behalwe een, het ook aangedui dat hulle godsdiens as belangrik beskou. Kerkbywoning vind egter nie op 'n gereelde grondslag plaas nie, soos blyk uit tabel 5.16.

Tabel 5.16: Kerkbywoning

Kategorie	Moontlik Alkohol- afhanklik	Alkohol- afhanklik	Matig Alkohol- afhanklik	Ernstig Alkohol- afhanklik	f
1X per week	2	1	3	0	6
1X per 2 weke	0	1	3	0	4
1X per maand	1	1	2	0	4
Minder as 1X per maand	1	1	6	2	10
Nooit	1	1	1	3	6
Totaal	5	5	15	5	30

Uit tabel 5.16 blyk dat die groep wat *ernstig afhanklik* is, se kerkbywoning die swakste is van al die groepe. Alhoewel die kerkbywoning swak is, met 53,33% van die respondente wat minder as een maal per maand 'n diens bywoon, is al die respondente ingeskakel by 'n kerk en behoort die kerk beskou te word as 'n belangrike sisteem in die gemeenskap wat betrek kan word in die hulpverlening aan die afhanklike persoon.

5.7.3 Opvoedkundige kwalifikasie

Die opvoedkundige kwalifikasies van die respondente word in tabel 5.17 uiteengesit.

Tabel 5.17: Opvoedkundige kwalifikasies

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Geen	0	1	2	1	4
Sub A - st 3	3	1	2	1	7
St 4 - 5	0	1	5	1	7
St 6 - 7	2	2	5	2	11
Hoër as st 7	0	0	1	0	1
Totaal	5	5	15	5	30

Die lae opvoedkundige kwalifikasies blyk duidelik uit tabel 5.17. Die pasiënt wat die hoogste opvoedkundige kwalifikasie gehad het, het slegs in st. 8 geslaag. Die lae opvoedkundige kwalifikasie gee 'n aanduiding van die respondente se intellektuele vermoë en lê beperkinge op die tipe hulpverleningsprogram wat benut kan word. Biblioterapie sou bv. versigtig hanteer moet word, aangesien die respondente se leesvermoë waarskynlik beperk sal wees.

5.7.4 Werkstatus en inkomste

Pasiënte se werkstatus gee 'n goeie aanduiding van hulle maatskaplike omstandighede en daarom is inligting hieromtrent in tabel 5.18 saamgevat.

Tabel 5.18: Werkstatus

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Permanente betrekking	2	1	9	3	15
Tydlike betrekking	0	2	1	1	4
Geleentheids-werker	1	0	2	0	3
Werkloos	2	2	3	1	8
Totaal	5	5	15	5	30

Dit blyk uit die tabel dat slegs vyftien (50%) van die pasiënte 'n permanente betrekking beklee het. Hierdie pasiënte het ook almal ongeskoolde arbeid verrig. Die gemiddelde inkomste van

die pasiënte was baie laag, nl. R125,00 per week. Alhoewel die pasiënte dus hoofsaaklik 'n lae sosio-ekonomiese groep afkomstig is, het minstens die helfte van die pasiënte stabiliteit in hulle werksituasie beleef. Dit is 'n positiewe faktor wat in gedagte gehou moet word wanneer hulpverlening beplan word. Noyes *et al.* (1979) het soortgelyke bevindinge gemaak en 'n werkloosheidsyfer van 40% gevind.

5.7.5 Behuising

Die pasiënte het hulle behuisingsposisie soos volg aangedui.

Tabel 5.19: Behuising

Kategorie	Moontlik Alkohol-afhanklik	Alkohol-afhanklik	Matig Alkohol-afhanklik	Ernstig Alkohol-afhanklik	f
Plakkershut	1	0	0	0	1
Hokkie	0	0	2	1	3
Kamer	2	3	10	2	17
Woonstel	0	0	0	0	0
Huurhuis	2	1	1	2	6
Eie huis	0	1	2	0	3
Totaal	5	5	15	5	30

Sewentien (56,66%) van die pasiënte het aangedui dat hulle in 'n kamer woon. Dit beteken dat hulle saam met hulle gesin in 'n kamer in iemand se huis woon en dat hulle dus die huis deel met nog 'n gesin of gesinne. 'n Hokkie is 'n struktuur wat in ander persone se agterplaas opgerig is. Uit die gegewens is dit duidelik dat behuisingsomstandighede oor die algemeen swak is aangesien 21 (70%) van die pasiënte in 'n plakkershut, hokkie of kamer woon. Swak behuisingsomstandighede en oorbewoning kan bydra tot 'n hoë frustrasievlak by die pasiënte en een van die aanleidende oorsake van alkoholmisbruik wees.

5.7.6 Gevangenisstraf uitgedien

Tien (33,33%) van die pasiënte het voorheen gevangenisstraf uitgedien. Die redes vir die gevangenisstraf was aanranding (vyf), diefstal (twee), roof, bestuur sonder 'n lisensie en bestuur onder die invloed van alkohol (een elk). Hierdie gegewens dui daarop dat daar ook ander vorme van anti-sosiale gedrag by die pasiënte voorkom en dat alkoholmisbruik nie in isolasie van die pasiënt se totale lewensomstandighede gesien moet word nie.

5.7.7 Houding van die gemeenskap teenoor alkoholmisbruik

Die pasiënte se mening oor die houding van die gemeenskap waarin hulle woon teenoor alkoholmisbruik, word in tabel 5.20 weergegee.

Tabel 5.20: Houding van die gemeenskap teenoor alkoholmisbruik

Kategorie	f
Keur dit sterk af	0
Keur dit af	5
Staan neutraal	1
Aanvaar dit as normaal	4
Drink/rook meesal self ook	20
Totaal	30

Uit tabel 5.20 blyk dit dat die pasiënte hulle gemeenskappe as besonder verdraagsaam teenoor alkoholmisbruik ervaar het. Twintig pasiënte (66,67%) het dan ook gemeld dat die meeste ander mense in hulle gemeenskappe ook alkohol misbruik. Hierdie houding van die gemeenskap kan negatief inwerk op die hulpverlening aan die afhanklike persoon, aangesien die persoon geen druk uit die gemeenskap ervaar om te verander nie. Dit is moontlik dat die gemeenskap eerder die drinkgedrag in stand sal hou aangesien dit skynbaar die aanvaarde gebruik in die spesifieke samelewings is.

Uit hierdie afdeling blyk dit duidelik dat die pasiënte oor die algemeen uit swak maatskaplike omstandighede kom. Die gemiddelde pasiënt kan beskryf word as 'n persoon met laerskoolopleiding, wat werkloos is of ongeskoolde arbeid verrig en 'n lae inkomste het. Hy is waarskynlik getroud of handhaaf 'n saamleef-verhouding, maar die verhouding word deur konflik gekenmerk. Hy behoort aan 'n kerk, maar kerkbywoning is swak. Hy woon waarskynlik in 'n enkele kamer met sy gesin en sy gemeenskap is besonder verdraagsaam teenoor alkoholmisbruik. Hierdie bevindinge stem ooreen met dié van ander navorsers, soos Noyes et al. (1979), wat gevind het dat byna die helfte van hulle studiegroep van 67 pasiënte tot die laagste sosiale groep behoort het.

5.8 HULPBRONNE IN DIE GEMEENSKAP

Ten einde te bepaal watter bronne van verwysing daar vir alkoholafhanklike persone in die gemeenskap bestaan, is vraelyste aan die volgende organisasies gestuur: Die Avalon-kliniek, De Novo-rehabilitasiesentrum, Ramot, SANRA Kaapstad en SANRA Goodwood, Stikland-hospitaal en Toevlug-rehabilitasiesentrum. Geen inligting is van De Novo-rehabilitasiesentrum ontvang nie. Die ander inrigtings en organisasies word vervolgens kortliks bespreek.

5.8.1 Die Avalon-kliniek, Athlone

Die Avalon-kliniek maak voorsiening vir hulpverlening aan die middel en hoër sosio-ekonomiese groep, eerder as die laagste sosio-ekonomiese groep. Toelatingsvereistes behels dat die persoon problematiese alkoholgebruik moet erken, ondersteuningsisteme moet hê, gewillig moet wees om 'n kontrak i.v.m. hulpverlening aan te gaan, die vermoë moet hê om by 'n groepsmilieu in te skakel, moet instem om nie alkohol te gebruik tydens die hulpverleningsfase nie en 'n vaste adres moet hê.

Die hulpverleningsprogram is gebaseer op 'n psigoterapeutiese model en die verwerwing van insig. 'n Verskuiwing na die sosiale-leer benadering word egter tans oorweeg. Terapie sluit individuele beraad, groepwerk, die aanleer van sosiale vaardighede, rollespel, gesins- en huweliksterapie en *Alkoholiste Anoniem*-vergaderings in. Die hulpverleningspan bestaan uit 'n psigiater, 'n psigiatrisie kliniese assistent, 'n sielkundige, verpleegkundiges, 'n maatskaplike werker en 'n arbeidsterapeut.

Die program word oor 'n tydperk van vier weke aangebied en die koste verbonde aan die program word op 'n glyskaal bereken, volgens die tariewe van die Kaapse Provinsiale Administrasie. In 1989 is 'n studie met vyftig pasiënte gedoen om die sukses van die program te evalueer. Daar is bevind dat, na 'n tydperk van twee jaar, 16% van die pasiënte soberheid gehandhaaf het, 40% minder as tevore gedrink het en 44% geen verandering getoon het nie.

Aangesien daar in die program gekonsentreer word op die middel en hoër inkomstegroep, sal baie brandwondpasiënte nie baat kan vind by die program nie. Pasiënte wat by 'n program inskakel wat op insigontwikkeling gebaseer is, se intellektuele funksionering moet hoog wees terwyl die meeste van die brandwondpasiënte nie aan hierdie kriteria voldoen nie.

5.8.2 SANRA, Kaapse Skiereiland

Vraelyste is ontvang van beide SANRA: Goodwood en SANRA: Kaapstad. Die organisasie bied hulpverlening op 'n buitepasiëntbasis aan persone van alle sosio-ekonomiese groepe. Toelatingsvereistes behels dat kliënte gemotiveerd moet wees om aan hulle probleemsituasie te werk, sober moet wees tydens onderhoudsvoering, betekenisvolle ondersteuningstelsels moet hê, en binne die ouderdomsgroep van 14 jaar tot 60 jaar moet val. Persone wat enkellopend is, chronies afhanklik is en langtermyn hulpverlening vereis, verhoorafwagend is, psigiatries siek is of verstandelik vertraag is, word uitgesluit van die program.

Wat teoretiese uitgangspunte betref, werk die organisasie eklekties en gebruik hulle elemente van verskillende teorieë. Die program word hoofsaaklik deur maatskaplike werkers aangebied, maar kliënte word verwys na ander professionele persone wanneer dit nodig is. Die hulpverleningsprogram word in drie fases aangebied, nl. 'n assesseringsfase, hulpverleningsfase en nasorgfase. Daar word gekonsentreer op kommunikasie, probleemoplossingsvaardighede, selfhandhawing, streshantering, konstruktiewe vryetydsbesteding, die aankweek van 'n sober leefwyse en die hantering van verhoudinge. Die organisasie lewer ook nasorgdienste aan kliënte wat binnepasiëntebehandeling ontvang het.

Die tydperk van hulpverlening wissel van drie maande tot een jaar en die koste verbonde aan die program beloop 1% van die kliënt se maandelikse inkomste, per sessie. Die sukses van die program is moeilik om te bepaal. Sestig persent van kliënte voltooi egter die program, terwyl 5% na ander organisasies verwys word. Vyf en dertig persent van die kliënte voltooi nie die program nie. Hierdie syfers gee 'n aanduiding van die mate van sukses wat wel behaal word.

SANRA is tans die enigste spesialiteitsorganisasie wat hulp op 'n buitepasiëntbasis aanbied. Die organisasie is toeganklik vir brandwondpasiënte, beide wat toelatingsvereistes en koste betref.

5.8.3 Ramot, sentrum vir alkoholiste, Parow

Ramot maak voorsiening vir hulpverlening aan persone uit die gemiddelde en hoër sosio-ekonomiese groep. Slegs die laagste sosio-ekonomiese groep word uitgesluit. Toelatingsvereistes bepaal dat die pasiënt innerlik gemotiveerd moet wees vir hulpverlening. Geniale bejaardes, verstandelik gestremdes, psigotiese persone, fisies siek persone en persone wat nie Afrikaans magtig is nie, word nie in die program geakkomodeer nie.

Afhanklikheid word gesien as 'n multi-dimensionele toestand wat deur 'n multi-dissiplinêre span behandel moet word. Die span bestaan uit sielkundiges, verpleegpersoneel, 'n mediese dokter, maatskaplike werkers en 'n arbeidsterapeut. Individuele werk en groepwerk en ontspanningsterapie word aangebied. Kommunikasievaardighede, probleemoplossing en emosionele beheer word aan die pasiënt geleë. Daar word gekonsentreer op 'n praktiese geleefswyse.

Die tydperk van hulpverlening beloop vyf weke in die geval van 'n eerste opname en drie weke in die geval van 'n heropname. Koste verbonde aan die program is 2,5% van die maandelikse inkomste van die pasiënt per dag. Geen voldoende syfers is beskikbaar om die sukses van hulpverlening te bepaal nie. Oor 'n tydperk van 26 jaar is 74,6 % van die pasiënte slegs eenmaal opgeneem. Dit is egter nie bekend of sommige van die pasiënte ander vorme van hulpverlening aanvaar het en of hulle soberheid gehandhaaf het nie.

Aangesien die program gemik is op mense uit die middel en hoër sosio-ekonomiese groep, kwalifiseer baie brandwondpasiënte nie vir toelating nie. Die koste verbonde aan die program is ook relatief hoog wat meebring dat baie persone dit nie kan bekostig nie.

5.8.4 Stikland-hospitaal, Bellville

Stikland-hospitaal bied twee binnepasiëntprogramme aan, een vir laagfunksionerende pasiënte en een vir die hoogfunksionerende groep. Toelatingsvereistes is dat pasiënte nie verstandelik gestremd, verhooraftwagend, psigiatries versteurd of bo 60 jaar oud moet wees nie.

Die klem word geplaas op die aanleer van 'n gesonde lewenstyl en om die pasiënt te help om verantwoordelikheid vir sy eie lewe te aanvaar. Die pasiënt word aangemoedig om sy rol in die gesinslewe te evalueer en die nodige aanpassings te maak. Opvoeding omtrent alkohol en die effek van alkohol op die pasiënt se lewe word aangebied. Die hulpverleningspan bestaan uit die psigiater, verpleegkundige personeel, 'n sielkundige, 'n maatskaplike werker, 'n arbeidsterapeut en 'n predikant. Groepwerk en individuele werk word op 'n geïntegreerde wyse benut in die hulpverleningsproses.

Die tydperk van behandeling is drie weke in die geval van laagfunksionerende persone en vier weke in die geval van die hoog-funksionerende groep. Die koste verbonde aan die program word op 'n glyskaal bereken volgens die tariewe van die Kaapse Provinsiale Administrasie. Dit word bereken dat 33% van die pasiënte soberheid handhaaf na voltooiing van die program.

Stikland-hospitaal se program is geskik vir brandwond pasiënte wat alkoholprobleme ondervind omdat die program voorsiening maak vir dieselfde sosio-ekonomiese groep wat in die Tygerberg-hospitaal behandel word. Stikland-hospitaal word beskou as 'n afdeling van Tygerberg-hospitaal en daar bestaan dus goeie samewerking tussen die hospitale. Pasiënte wat binne pasiëntbehandeling nodig het, kan dus na Stikland-hospitaal verwys word.

5.8.5 Toevlug-rehabilitasiesentrum, Worcester

Toevlug-rehabilitasiesentrum maak voorsiening vir hulpverlening aan alle sosio-ekonomiese groepe. Toelatingsvereistes bepaal dat die pasiënte gemotiveerd vir hulpverlening, fisies gesond, Afrikaans magtig, en bo agtien jaar oud moet wees. Pasiënte wat psigiatries versteurd is of deur 'n hof gekommitteer is, word uitgesluit van die program.

'n Christelik-wetenskaplike benadering word gevolg en daar word gebruik gemaak van die benadering van transaksionele analise. Alkoholafhanklikheid word nie beskou as 'n siekte nie, maar is geleë in die persoonlikheid van die pasiënt. Daar word gebruik gemaak van individuele werk, huweliksberaad, groepwerk, pastorale gesprekke en lesings. Aandag word gegee aan insigontwikkeling sowel as die aanleer van sosiale vaardighede. Die span bestaan uit geneeshere, verpleegpersoneel, psigiaters, sielkundiges, maatskaplike werkers, handvaardigheidsinstrukteurs en predikante.

Die hulpverleningstydperk beloop 39 dae vir 'n eerste opname en 25 dae vir 'n heropname. Die koste verbonde aan die program word op 'n glyskaal bereken volgens die pasiënt se inkomste. Tans is die minimumbedrag R177,00 en die maksimumbedrag R1525,00 vir die volle tydperk. Daar is bereken dat 60% van die pasiënte na 'n tydperk van twee jaar steeds soberheid handhaaf.

Toevlug-rehabilitasiesentrum se program is finansieël buite die bereik van baie van die brandwondpasiënte van die Tygerberg-hospitaal. Die sentrum is ook geografies ver verwyder van die hospitaal. Pasiënte wat egter in die omgewing van die sentrum woon, sou kon baat vind by inskakeling by die program.

Dit blyk uit die voorafgaande bespreking dat die meeste inrigtings en organisasies 'n eklektiese benadering volg in die hulpverleningsprogram wat hulle aanbied. Die navorser is van mening dat dit 'n aanvaarbare praktyk is, mits hierdie verskillende benaderings op 'n geïntegreerde wyse gebruik word. Dit het egter geblyk dat sommige van die inrigtings teenstellende menings huldig, bv. dat alkoholafhanklikheid nie 'n siekte is nie, maar terselfdertyd dat beheerde

alkoholgebruik onmoontlik is en dat die afhanklike persoon na die eerste drankie noodwendig terugval in alkoholmisbruik. Alhoewel daar ernstige kritiek teen die siekte-konsep van alkoholafhanklikheid bestaan (Heather en Robinson 1989:90-145) en die meeste moderne navorsers die sosiale leer-teorie aanbeveel (Peele 1985:226 en Baldwin 1990:68), wil dit voorkom asof die siekte-konsep van afhanklikheid in Suid-Afrika nog voorrang geniet. Slegs die Avalon-kliniek het aangetoon dat hulle besig was om oor te skakel na 'n leer-teoretiese benadering. Die ander organisasies en inrigtings gebruik egter ook aspekte uit die sosiale leer teorie in hulle programme. Al die inrigtings en organisasies lê klem daarop dat pasiënte gemotiveerd moet wees vir hulpverlening. Dit mag daarop dui dat die verantwoordelikheid van hulpverleners om self motivering te verhoog, moontlik nie genoeg aandag geniet nie.

Die feit dat slegs SANRA dienste op 'n buitepasiëntbasis aanbied, dui op 'n moontlike tekort in die dienslewering. Binnevasiëntdienste is duur en nie noodwendig meer effektief nie (Miller en Reid 1986:156).

5.9 SAMEVATTING

Uit hierdie ondersoek het dit duidelik geblyk dat 'n groot persentasie (56,67%) van die brandwondpasiënte alkoholverwante probleme ondervind en dat alkohol inderdaad 'n belangrike bydraende faktor is tot die opdoen van brandwonde. Daar is dan ook gevind dat 56,67% van pasiënte hulle huidige brandwondbeserings aan alkoholmisbruik toeskryf.

Die drinkpatrone en drinkgeskiedenis van pasiënte wat alkoholverwante probleme ondervind, is in meer besonderhede bestudeer en dit het aan die lig gekom dat die meeste pasiënte in die kategorie, matige alkoholafhanklikheid, val. Dit beteken dat 50% van die pasiënte 'n redelik ernstige afhanklikheidsprobleem het terwyl 'n verdere 16,67% ernstig afhanklik is. Pasiënte het oor die algemeen 'n langstaande alkoholprobleem en hulle is ook gemiddeld ouer as wat volgens die literatuur verwag kan word van persone wat alkoholverwante traumatiese ongelukke opdoen. Die pasiënte kan as naweekdrinkers beskryf word, met 'n geskiedenis van baie vorige ongelukke, maar min alkoholverwante siektes.

Ondersoek is ook ingestel na die motivering van pasiënte om alkoholmisbruik te staak. Die positiewe waarde wat alkoholmisbruik vir die pasiënte het, is hoofsaaklik daarin geleë dat dit sosiale verkeer bevorder en hulle help om te ontspan. Daarteenoor besef die pasiënte dat alkoholmisbruik dikwels lei tot die opdoen van traumatiese beserings. In hierdie verband dien die brandwondervaring as motivering tot hulpverlening. Die pasiënte het dan ook baie gunstig

gereageer op die vraag of hulle wil ophou drink en 76,67% het te kenne gegee dat hulle wil ophou drink, of ten minste minder wil drink. Die hoë persentasie kan moontlik toegeskryf word aan die respondente se begeerte om 'n goeie indruk op die navorser te maak en daarom is die 40% pasiënte wat te kenne gegee het dat hulle bereid is om by 'n hulpverleningsprogram in te skakel na hulle ontslag, miskien 'n beter aanduiding van motivering. Alhoewel dit uit hierdie bevindinge voorkom asof die pasiënte se motivering om op te hou drink redelik goed is, is dit tog interessant dat 50% van die pasiënte hulleself beskryf het as ligte drinkers. Dit dui moontlik op 'n gebrek aan insig by die pasiënte oor die erns van die probleem.

Dit het verder geblyk dat die pasiënte uit swak maatskaplike omstandighede kom, 'n lae opvoedingspeil het en dat werkloosheid algemeen voorkom. Die pasiënte se omgewing is ook besonder verdraagsaam t.o.v. alkoholmisbruik.

Inligting is ingewin oor enkele hulpverleningsprogramme wat beskikbaar is vir alkoholafhanklike persone en wat as verwysingsbromie kan dien. Die programme word meestal op 'n binnepasiëntbasis aangebied en slegs SANRA bied buitepasiëntprogramme aan. Al die programme lê klem daarop dat pasiënte gemotiveerd moet wees om hulpverlening te benut. Dit wil voorkom asof die programme van SANRA en die Stikland-hospitaal die mees geskikte is vir die sosio-ekonomiese groep waarin die meeste van die brandwondpasiënte van die Tygerberg-hospitaal val.

Die bevindinge wat in hierdie ondersoek gemaak is, sal in die volgende hoofstuk gebruik word om 'n hulpverleningsprogram vir brandwondpasiënte wat alkohol misbruik, te ontwerp.

HOOFSTUK 6

HULPVERLENINGSPROGRAM

6.1 INLEIDING

Dit blyk duidelik uit die empiriese navorsing dat 'n groot aantal brandwond pasiënte alkoholprobleme ondervind. Dit is verder duidelik dat alkoholmisbruik 'n belangrike bydrae lewer tot die opdoen van brandwonde en dat die pasiënte meermale alkoholverwante beserings opdoen. Dit kan dus gebeur dat pasiënte herhaaldelik in die hospitaal opgeneem moet word, vir alkoholverwante beserings. Dit bring groot kostes vir die staat mee. Die mediese span wat die pasiënt behandel, het dus nie net 'n verantwoordelikheid om die brandwonde te behandel nie, maar het ook 'n verantwoordelikheid om die onderliggende oorsaak, nl. alkoholmisbruik, aan te spreek. Alhoewel die hele span betrokke moet wees by hierdie probleem, het die maatskaplike werker tog 'n besondere verantwoordelikheid t.o.v. die pasiënt met alkoholverwante probleme. Daar is dus 'n maatskaplikewerk-hulpverleningsprogram saamgestel sodat die probleem op 'n sistematiese wyse hanteer kan word.

6.2 TEORETIESE UITGANGSPUNTE

Die voorgestelde hulpverleningsprogram is gebaseer op 'n bestudering van die teoretiese uitgangspunte oor alkoholafhanklikheid en op die empiriese studie. Die teoretiese konsepte wat 'n belangrike rol gespeel het in die skryf van die program, is die teorieë oor die oorsake van afhanklikheid, die modelle van hulpverlening, die teorieë oor motivering en oor minimale ingrypingstrategieë. Vervolgens sal hierdie konsepte kortliks bespreek word.

6.2.1 Oorsake van alkoholafhanklikheid

Daar bestaan baie teorieë oor die oorsake van alkoholafhanklikheid, soos die biologiese teorieë, die psigodinamiese teorie, die leerteoretiese perspektief en die sosiokulturele perspektief (Louw en Gouws 1989:380). Die navorser is van mening dat al hierdie faktore bydra tot die ontstaan van alkoholprobleme, maar dat sosiokulturele faktore veral 'n groot rol speel in die hoë voorkoms van alkoholafhanklikheid by die studiegroep. Uit die empiriese navorsing het dit geblyk dat die groep as sosiaal gedepriveerd beskou kan word. Volgens Roman (1988:370) reageer mense op die spanning wat deur deprivasie veroorsaak word met afwykende gedrag. Indien 'n persoon met die ideaal van ekonomiese sukses gekonfronteer word, maar nie die

geleenthede het om sukses te bereik nie, verwerp hy die norme van die samelewing sowel as die aanvaarde manier waarop hierdie norme bereik moet word. Alkoholmisbruik is een wyse waarop die persoon uiting kan gee aan sy verwerping van die norme van die samelewing.

Die navorser is van mening dat sekere begrippe wat Marlatt en George (1984:266) i.v.m. die voorkoming van terugvalle gebruik, ook hier van toepassing is. Volgens hierdie skrywers speel die mate van balans wat 'n persoon ervaar tussen sy daaglikse verpligtinge en die bevrediging wat hy uit die lewe haal, 'n groot rol in die persoon se begeerte na die onmiddellike bevrediging van sy behoeftes. Indien dit van toepassing gemaak word op persone wat sosiaal gedepriveerd is, beteken dit dat hulle baie verpligtinge het, maar min bevrediging uit die lewe verkry. Sulke persone sal dus 'n groter behoefte openbaar aan middels wat onmiddellike bevrediging meebring. Alkohol is so 'n middel wat hulle help om vinnig te ontspan en hulle probleme te vergeet. Alkohol sal dus 'n groot aantrekkingskrag hê vir persone uit hierdie groep.

6.2.2 Modelle van hulpverlening

As algemene uitgangspunt onderskryf die navorser die leer-teoretiese benaderings eerder as die tradisionele siekte-konsep aangesien dit die verantwoordelikheid van die pasiënt beklemtoon en geleenthede vir hulpverlening vergroot (Pattison, Sobell en Sobell 1977). Klem word gelê op kognitiewe- en gedragsverandering en die aanleer van sosiale vaardighede.

Uit die empiriese navorsing wat in hoofstuk vyf bespreek is, het dit geblyk dat die brandwondervaring vir die pasiënt 'n krisis meebring en dat hierdie krisis hom meer toeganklik maak vir hulpverlening (Golan 1979). In die program sal dus gebruik gemaak word van krisisingryping en veral die volgende aspekte daarvan:

- ontwikkeling van begrip vir die faktore wat aanleiding gegee het tot die ontstaan van die krisis,
- identifisering van die regstellende aksies wat die kliënt of sy familie kan neem,
- bepaling van die verband tussen die huidige krisissituasie en vorige gedragspatrone, en
- ontwikkeling van nuwe patrone van denke, gevoelens en gedrag vir toekomstige suksesvolle funksionering.

Daar sal ook gebruik gemaak word van die sisteemteorie (McKendrick 1991) deurdat die omgewing waarbinne die pasiënt funksioneer 'n rol speel in die bepaling van doelstellings en hulpverleningstegnieke. Belangrike sisteme, soos die familie, sal betrek word by hulpverlening.

6.2.3 Motivering

Volgens die fases-van-verandering model (Proschaska en Diclemente 1983), kan 'n pasiënt se gereedheid om te verander in vyf fases ingedeel word, nl. die vooroorwegingsfase, die oorwegingsfase, die aksiefase, die instandhoudingsfase en die terugvalfase. Uit die empiriese navorsing het dit geblyk dat die pasiënte in die studiegroep hulleself in die oorwegingsfase bevind. Volgens Baldwin (1991:39) besef pasiënte in die oorwegingsfase dat hulle alkoholprobleme het, maar hulle het nog nie begin om iets daaraan te doen nie. Dit is tipies van pasiënte in hierdie fase om te *dink* eerder as te *doen*. Pasiënte mag vir lang tye in die oorwegingsfase bly voordat hulle tot aksie oorgaan en mag ook besluit om nie hulle drinkgedrag te verander nie. Die meeste pasiënte in die studiegroep het as gevolg van die brandwondbesering tot die oorwegingsfase oorgegaan. Die besering het by hulle 'n bewustheid geskep van hulle alkoholprobleme.

Volgens Baldwin (1991:41) het pasiënte in die oorwegingsfase nog nie werklik 'n besluit geneem om hulle gedrag te verander nie en bestaan daar nog 'n behoefte aan meer inligting by hierdie groep. Daar bestaan konflik by hulle tussen die positiewe gevoelens wat hulle oor alkoholgebruik ervaar en die negatiewe gevolge van hulle drinkgedrag. Pasiënte in hierdie fase kan gehelp word om inligting te bekom oor alkoholafhanklikheid, om meer bewus te word van hulle alkoholprobleme en om hulle houding en persepsie teenoor alkoholmisbruik en teenoor hulleself te verander.

Individuele hulpverlening in hierdie fase behels dat die terapeut gebruik maak van die tegnieke van motiverende onderhoudsvoering (Miller 1985). Dit behels onder andere dat:

- die pasiënt geadviseer word om sy gedrag te verander,
- objektiewe terugvoering aan die pasiënt gegee word oor die aard van sy probleem, en
- doelstellings saam met die pasiënt bepaal word vir verdere hulpverlening.

Groepwerk kan benut word om:

- inligting te verskaf oor die effek van alkohol op die gesondheid en op maatskaplike omstandighede,
- die omvang van alkoholprobleme te bepaal,
- alkoholverwante probleme te identifiseer en die lede te help om hulle bekommernis oor alkoholverwante probleme uit te spreek, en
- inligting te gee oor hulpverleningstrategieë.

6.2.4 Minimale ingrypingstrategieë

Die voorgestelde program kan beskou word as 'n minimale ingrypingstrategie (Skinner 1990). Volgens Heather (1986:171) is 'n minimale ingrypingstrategie 'n metode van hulpverlening wat minder professionele tyd in beslag neem en waar minder bronne gebruik word as in tradisionele hulpverlening. Uit die empiriese studie het dit geblyk dat die pasiënte slegs vir 'n gemiddelde tydperk van 19,3 dae in die hospitaal is en gevolglik is meer uitgebreide hulp nie moontlik nie. Dit blyk uit die literatuur dat minimale ingryping dikwels net so suksesvol is as meer uitgebreide hulpverlening (Heather 1986:175). Minimale ingryping bestaan gewoonlik uit assessering, advies (dikwels van 'n geneesheer), biblioterapie in die vorm van handleidings wat gemik is daarop om alkoholverbruik te verminder of te staak en enkele opvolgbesoeke. Baie klem word daarop gelê dat kognitiewe dissonansie by die pasiënt geskep moet word. Kognitiewe dissonansie kan geskep word deur die kennis van die pasiënt omtrent die negatiewe gevolge van sy alkoholmisbruik te verhoog. Dit kan meebring dat die pasiënt se kennis van sy alkoholprobleem bots met sy positiewe gevoelens omtrent alkoholmisbruik en dat daar by hom ongemak mag ontstaan oor sy alkoholmisbruik. Positiewe verwagtinge oor soberheid moet by die pasiënt versterk word. Die terapeut moet probeer om die pasiënt se selfagting te bou en sy gevoelens dat hy in staat is om sy probleme te hanteer, te versterk.

Alhoewel aspekte van die teorie oor minimale ingrypingsstrategieë benut is by die skryf van die program, is daar ook in gedagte gehou dat baie van die pasiënte 'n langdurige alkoholprobleem het en uit swak sosiale omstandighede kom en gevolglik hulp van 'n meer uitgebreide aard nodig het. Die program maak dus ook voorsiening daarvoor dat die pasiënte waar moontlik na welsynsorganisasies en ander bronne in die gemeenskap verwys kan word vir verdere hulp. Dit geld veral vir pasiënte wat volgens die *MAST*-vraelys in die kategorieë matig afhanklik en ernstig afhanklik val.

6.3 DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE PROGRAM

Die doelstelling van die program is om brandwond pasiënte met alkoholprobleme se motivering om te verander te versterk, sodat hulle duidelike doelstellings vir hulleself sal stel en tot die aksiefase in die veranderingsmodel (Proschaska en Diclemente 1983) sal oorgaan. Levine en Gailogly (1985:82) wys daarop dat korttermyn groepe besondere waarde kan hê, mits die doelwitte vir die groepe realisties is. Dieselfde beginsel geld vir 'n korttermyn geïntegreerde hulpverleningsprogram. Dit is nie moontlik om die hele hulpverleningsproses binne die kort tydperk van die pasiënt se hospitaalverblyf af te handel nie, maar die pasiënte kan wel gemotiveer word om hulle gedrag te verander en om die veranderingsproses te beplan.

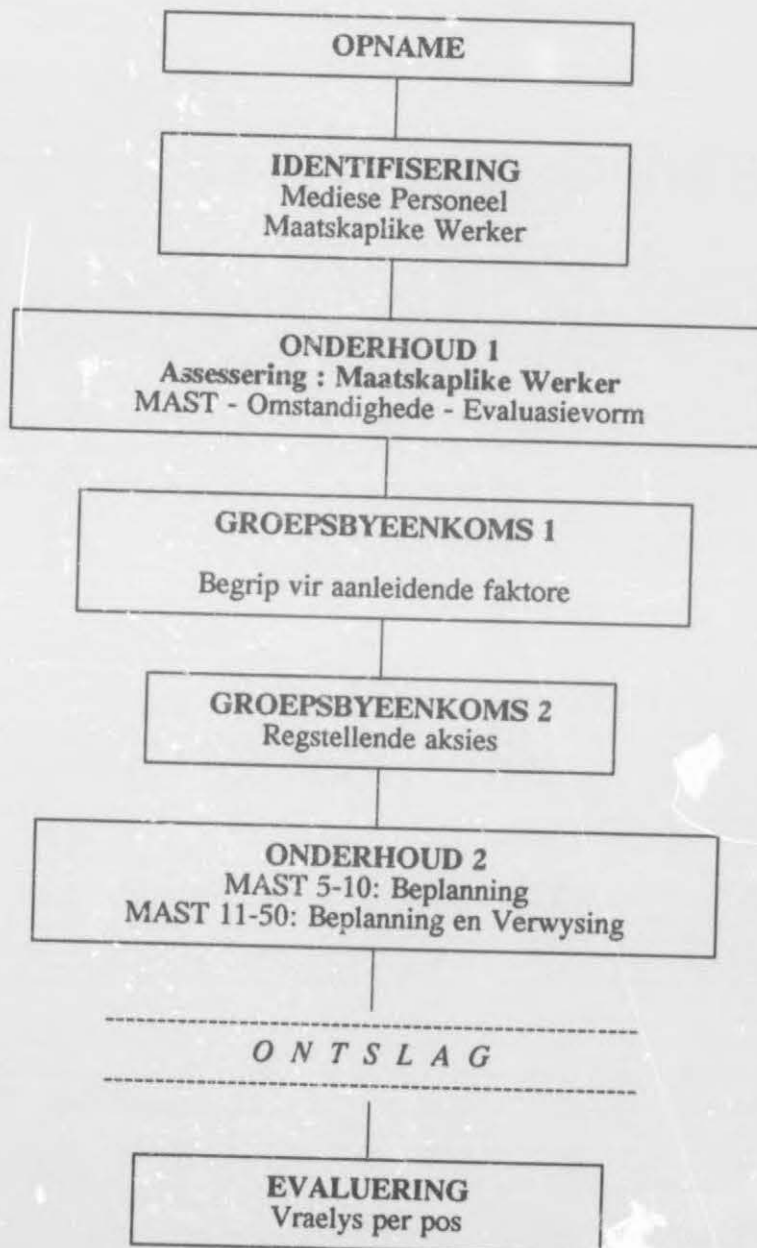
Die doelwitte van die program is om

- die alkoholprobleem te identifiseer en te assesseer,
- 'n empatiese verhouding met die pasiënt te bou en die pasiënt se vertroue te wen,
- advies aan die pasiënt te gee om sy gedrag te verander,
- objektiewe terugvoering aan die pasiënt te gee oor die aard van sy probleem,
- die pasiënt se begrip vir die rol wat alkoholmisbruik speel in die ontstaan van sy maatskaplike probleme, met spesifieke verwysing na die huidige krisissituasie, te vergroot,
- die pasiënt te help om doelstellings te bepaal vir die hantering van sy alkoholprobleme,
- die pasiënt te help om te bepaal watter regstellende aksies nodig is om die alkoholprobleem aan te spreek,
- die familie te betrek by hulpverlening, en
- die pasiënt in aanraking te bring met 'n hulpverleningsorganisasie, indien nodig.

6.4 VERLOOP VAN DIE PROGRAM

Die program verloop volgens spesifieke fases. Nadat die probleem geïdentifiseer is, word eerstens 'n individuele onderhoud met die pasiënt gevoer waartydens assessering plaasvind.

Daarna volg twee groepwerkbyeenkomste en 'n individuele onderhoud wat die hulpverleningsfase behels. Die finale evaluering word deur middel van 'n vraelys gedoen. Die program word egter op 'n buigsame manier aangewend volgens die behoeftes van die pasiënte en die omstandighede in die brandwondeenheid. Dit kan bv. gebeur dat 'n pasiënt by die tweede groepbyeenkoms in die program ingeskakel word en dat die ander fases later met hom opgevolg word. Die verloop van die program word in figuur 6.1 skematies voorgestel en elke fase word vervolgens afsonderlik bespreek.



Figuur 6.1: Hulpverleningsprogram

6.4.1 Identifisering en assessering van die probleem

Vroeë opsporing van die alkoholprobleem is noodsaaklik, aangesien dit die prognose verbeter. Al die lede van die span behoort betrokke te wees by die identifisering van die probleem. Die geneesheer en verpleegkundige personeel kan hier veral 'n belangrike rol speel. Die geneesheer kan by opname bepaal of die persoon onder die invloed van alkohol is deur die bloedalkoholvlak van die pasiënt te bepaal indien hy alkoholmisbruik vermoed. Die geneesheer sowel as die verpleegkundige behoort ook duidelike aantekeninge op die pasiënt se lêer aan te bring oor die toestand van die pasiënt by opname wat betref sy soberheid al dan nie. Indien dit later blyk dat die pasiënt onttrekkingssimptome ervaar, behoort hierdie inligting ook op sy lêer aangebring te word. Die inligting kan ook mondelings op spanvergaderings aan ander lede oorgedra word. Ander spanlede wat baie tyd saam met die pasiënt deurbring, bv. arbeidsterapeute, fisioterapeute en dieetkundiges, kan soms ook die probleem identifiseer en moet die inligting deurgee aan die res van die span.

Die geneesheer kan verder gebruik maak van die *Cage Screening Method* (Mayfield, Mcleod en Hall 1974:1121-1123) of die twee identifiserende vrae van Cyr en Wartman (1988) om alkoholafhanklikheid te identifiseer. Die *Cage Screening Method* bestaan uit vier vrae wat die geneesheer aan die pasiënt rig, naamlik:

- (1) *Het u al ooit gevoel dat u alkoholgebruik behoort te verminder?*
- (2) *Het ander mense u al ooit geïrriteer deur u alkoholgebruik te kritiseer?*
- (3) *Het u al ooit skuldig gevoel oor u alkoholgebruik?*
- (4) *Was dit al ooit vir u nodig om 'n "regmaker" te neem, vroeg in die oggend?*

Twee positiewe antwoorde op hierdie vrae, dui op afhanklikheid. Volgens Cyr en Wartman (1988) is dit slegs nodig om twee vrae aan die pasiënte te vra. Die vrage is:

- (1) *Het u al ooit 'n alkoholprobleem gehad?*
- (2) *Wanneer het u u laaste drankie gedrink?*

Indien die persoon positief antwoord op die eerste vraag en binne die vorige 24 uur alkohol gebruik het, kan alkoholprobleme met 'n betroubaarheidsyfer van 91,5% geïdentifiseer word. Hierdie metodes neem nie baie tyd in beslag nie en geen apparaat is nodig nie. Gevolglik kan dit maklik op 'n roetine-basis deur die geneesheer gebruik word.

Indien 'n alkoholprobleem wel geïdentifiseer word, moet die pasiënt na die maatskaplike werker verwys word vir verdere assessering en beraad. Die wyse waarop die verwysing geskied, is belangrik. Die rede vir die verwysing moet duidelik aan die pasiënt gestel word op 'n nie-veroordelende wyse. Die geneesheer moet emosioneel neutraal bly en die pasiënt steeds met respek behandel. Feitelike inligting waaroor die geneesheer beskik, soos die uitslag van bloedalkoholvlakke of toetse wat die lewerfunksies bepaal, is baie waardevol aangesien die geneesheer die pasiënt met hierdie objektiewe inligting kan konfronteer. Aangesien die geneesheer hoë status geniet, is advies van die geneesheer aan die pasiënt om op te hou drink, baie waardevol. Advies word beskou as 'n tegniek om motivering te verbeter, sowel as 'n vorm van minimale ingryping. Miller (1985:89) wys daarop dat advies alleen vir sommige persone genoeg is om hulle drinkgedrag te verander.

Die maatskaplike werker kan self alkoholprobleme identifiseer deur roetine-onderhoude te voer met die pasiënte. Die maatskaplike werker verduidelik aan die pasiënt wat haar funksie in die span is en dat daar op 'n roetine basis onderhoude gevoer word met al die pasiënte. Op hierdie wyse begin die maatskaplike werker reeds om 'n verhouding met die pasiënt te bou deur belang te stel in sy omstandighede. Die maatskaplike werker verneem na die oorsaak van die pasiënt se brandwondbesering en dit lei in baie gevalle daartoe dat die pasiënt spontaan te kenne gee dat hy onder die invloed van alkohol was toe hy die brandwonde opgedoen het. Verdere eksplorاسie kan dan gedoen word oor die persoon se alkoholprobleem. Direkte vrae oor alkoholmisbruik lei ook dikwels daartoe dat die pasiënt inligting verstrek oor die hoeveelheid en patrone van alkoholgebruik. Indien 'n alkoholprobleem geïdentifiseer word, gaan die maatskaplike werker voort met assessering. Dit behels dat die persoon se maatskaplike omstandighede bepaal word en dat die persoon se eie siening van sy alkoholprobleme vasgestel word. Volledige inligting word ingesamel oor die pasiënt se agtergrond, probleme, huidige funksionering en motivering vir hulpverlening. Die maatskaplike werker gebruik ook die *MAST*-vraelys (Selzer 1971) om meer inligting te bekom oor die aard van die persoon se probleem. Vir die doel van evaluering voltooi die pasiënt op hierdie stadium punte 1 en 2 van die onderstaande evalueringsvorm.

EVALUERINGSVORM

1. IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

Naam : Patiënt nr :
 Woonadres : Tel nr :
 Werksadres : MAST-Telling:

2. ASSESSERING EN EVALUERING: Voltooi tydens eerste en tweede onderhoud.

Da / um:				
Stelling	Baie beslis	Beslis	Mis- kien	Glad nie
Alkohol veroorsaak probleme in my lewe				
Dit sal vir my voordelig wees om op te hou drink				
Ek wil graag iets doen aan my alkoholprobleem				

3. DOELSTELLINGS :**4. BEPLANDE AKSIE: Voltooi tydens tweede onderhoud**

Verwysing	Ja	Nee
Stikland		
Avalon		
Sanra		
AA		
Antabuse		
Self soberheid handhaaf		
Groter betrokkenheid by kerk		
Vermydning van drinkersvriende		
Groter betrokkenheid by familie		

Ander beplanning van die pasiënt vir die toekoms:

Figuur 6.2: Evalueringsvorm

'n Kontrak word vervolgens met die pasiënt gesluit waarin die pasiënt en die maatskaplike werker ooreenkom om die effek van alkohol op die pasiënt se lewe te evalueer en om verdere optrede te bepaal. Die pasiënt word ook in hierdie onderhoud voorberei op die eerste groepsessie.

6.4.2 Hulpverlening

Die hulpverleningsfase bestaan uit twee groepwerkbyeenkomste en een individuele onderhoud.

(1) Die eerste groepbyeenkoms

Die doelwitte van die eerste groepbyeenkoms is om die groeplede se begrip vir die rol wat alkoholmisbruik speel in die ontstaan van hulle maatskaplike probleme, met spesifieke verwysing na die huidige krisissituasie, te vergroot. Deur die probleme wat die pasiënte as gevolg van alkoholmisbruik ervaar, te identifiseer en die voordele en nadele van alkoholmisbruik te oorweeg, kan die gevoel van die pasiënte dat verandering van hulle drinkgedrag nodig is, versterk word.

Eerstens word die doel van groepwerk verduidelik. Dit word aan die lede gestel dat die doel met die behandeling in die brandwondeenheid nie net is om die brandwond te genees nie, maar ook om die pasiënte se optimale funksionering te bevorder. Die maatskaplike werker verduidelik dat probleme in die groep bespreek kan word en dat lede mekaar kan help om oplossings te vind. Die maatskaplike werker sluit aan by die individuele assesseringsonderhoud wat reeds gevoer is en noem dat daar spesifiek op alkoholmisbruik gefokus sal word. Vertroulikheid word beklemtoon.

Die pasiënte word versoek om hulleself bekend te stel en aan die groep te vertel hoe hulle gebrand het. Normaalweg is daar groeplede wat spontaan vertel dat hulle onder die invloed van alkohol was toe hulle die brandwond opgedoen het en dit word as aanknopingspunt gebruik om die groeps gesprek te inisieer.

Die eerste onderwerp wat bespreek word, is die redes waarom mense alkohol misbruik. Die rede vir hierdie bespreking is om, deur die aanvaarding van hulle response, aan die pasiënte te toon dat die maatskaplike werker begrip het daarvoor dat alkohol positiewe funksies in hulle lewe vervul en om sodoende weerstand te verminder (Levine en Gallogly 1985). Die bespreking dien ook om pasiënte se denke oor alkoholmisbruik te stimuleer sodat misbruik nie 'n outomatiese respons bly nie, maar deel word van die pasiënt se bewuste gedrag. Die feit dat

alkoholmisbruik vir baie pasiënte 'n outomatiese respons is, het uit die empiriese studie geblyk en is bespreek in hoofstuk vyf, paragraaf 6.2.

Tweedens word die probleme wat die pasiënte ervaar as gevolg van hulle alkoholmisbruik bespreek. Klem word gelê op die rol wat alkoholmisbruik gespeel het in die opdoen van die brandwondbesering, maar die effek van alkoholmisbruik op die pasiënt se gesondheid, beroep, gesinslewe en finansies word ook ondersoek. Pasiënte word aangemoedig om self die probleme te identifiseer en te bespreek met die klem op die sosiale omgewing waarbinne die probleemgedrag voorkom. Vrae oor wat die probleem beheis, waar die probleemgedrag plaasvind, wanneer dit plaasvind en wie daardeur geaffekteer word, verleen fokus aan die bespreking. Die pasiënte word gehelp om die verband tussen hulle probleme en alkoholmisbruik in te sien. Pasiënte moet aangemoedig word om hulle kommer oor hulle alkoholgebruik te verbaliseer, aangesien dit bydra tot motivering. Die voordele en nadele van alkoholmisbruik word teen mekaar opgeweeg. Die onmiddellike bevrediging van behoeftes word opgeweeg teenoor die langtermyn negatiewe gevolge van alkoholmisbruik. Volgens John (1991:86) word kognitiewe dissonansie by die pasiënt geskep aangesien hy bewus word van die negatiewe gevolge van alkoholmisbruik, terwyl hy ook positiewe gevoelens omtrent alkoholmisbruik koester.

Ter afsluiting word die groeplede versoek om die bespreking op te som en hulle gevoelens oor die wenslikheid van 'n sober lewensstyl, al dan nie, uit te spreek. Die tweede groepsessie word beplan en die pasiënte kry 'n huiswerkopdrag, nl. om na te dink oor watter probleme hulle mag ondervind in hulle pogings om soberheid te handhaaf, indien hulle so 'n besluit sou neem.

(2) Die tweede groepbyeenkoms

Die doelwitte van die tweede groepbyeenkoms is om die pasiënte te help om te bepaal watter regstellende aksies nodig is om die alkoholprobleem aan te spreek. Baie pasiënte en terapeute is van mening dat die probleem opgelos is as die pasiënt besluit het om sy gedrag te verander en begryp nie dat die pasiënt verdere hulpverlening nodig het in die aksiefase en instandhoudingsfase van die veranderingsproses nie. In die beskermende opset van die hospitaal, mag dit vir die pasiënt baie maklik lyk om sy gedrag te verander en hy moet voorberei word op die eise wat die realiteit van sy daaglikse omstandighede aan hom gaan stel.

In die tweede groepsessie is daar gewoonlik nuwe lede aanwesig omdat die pasiënte in die saal gedurig wissel. Die maatskaplike werker herhaal dus die verduideliking oor die doel en aard van die groepwerk. Die lede stel hulleself weer bekend, soos in die eerste groep. Een van die groeplede wat 'n vorige sessie bygewoon het, gee 'n opsomming van die vorige week se

bespreking. Ten einde nuwe lede te help om in te skakel, verseker die maatskaplike werker dat die nuwe lede vooraf deur individuele onderhoude die geleentheid verkry om die effek wat alkohol op hulle sosio-ekonomiese funksionering het, te oorweeg. In die geval van hierdie pasiënte word die eerste groepbyeenkoms dus deur individuele onderhoude vervang. Vervolgens identifiseer die pasiënte die situasies in hulle lewe wat normaalweg aanleiding gee tot alkoholmisbruik. Hierdie situasies word beskou as hoë-risiko situasies en kan bv. emosies soos moedeloosheid en verveeldheid, insluit. Dit kan ook situasies insluit waar vriende aan hulle alkohol aanbied of waar hulle in konflik met hulle lewensmaats betrokke is. Pasiënte word aangemoedig om alternatiewe vorme van gedrag te identifiseer as response op hierdie hoë-risiko situasies (Barrie 1991:126). Moontlike alternatiewe optrede kan behels dat die pasiënt besluit om drinkersvriende te vermy, by 'n kerk in te skakel vir geestelike ondersteuning, meer betrokke te raak by sy gesinslewe en in te skakel by gemeenskapsaktiwiteite soos sportbyeenkomste. Hierdie bespreking bevorder selfkennis by die pasiënt en die bewustheid dat hulpverlening nie net behels dat die pasiënt moet ophou drink nie, maar dat 'n verandering in lewenstyl nodig is.

Die tweede groepsessie het ook 'n opvoedkundige element deurdat die maatskaplike werker inligting verskaf oor die hulpbronne wat in die gemeenskap beskikbaar is en die pasiënte aanmoedig om van hierdie bronne gebruik te maak. Die maatskaplike werker stel die pasiënte bekend aan die binnepasiënte behandeling wat by Stikland-hospitaal of die Avalonklinik beskikbaar is en aan die buitepasiënt hulpverleningsprogramme van SANRA en die Avalonklinik. Inligting oor *Alkoholiste Anoniem* word verstrek en inskakeling by die beweging word aangemoedig. Die gebruik van *Antabuse* word ook aan die pasiënte verduidelik.

Ter afsluiting verduidelik die maatskaplike werker aan die groeplede dat die bespreking opgevolg sal word deur individuele onderhoude met elke groepslid sodat doelstellings en verdere optrede bepaal kan word.

(3) Die individuele onderhoud

Die doelwitte vir die individuele onderhoud, is om die insigte waartoe die pasiënt in die groepbyeenkomste gekom het saam te vat en om doelstellings te bepaal met betrekking tot die verandering van die pasiënt se drinkgedrag. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker die pasiënt help om spesifieke en realistiese doelstellings te stel. Sommige pasiënte sal waarskynlik verminderde alkoholgebruik as doelstelling verkies in plaas van geheelonthouding (Lewis, Dana en Blevins 1988:152). Alhoewel daar baie kritiek bestaan teen beheerde alkoholgebruik as doelstelling, moet hierdie keuse van die pasiënt gerespekteer word.

Alkoholprobleme kom op 'n kontinuum voor en nie alle pasiënte is fisies afhanklik van alkohol nie. Pasiënte wat nie fisies afhanklik is nie, mag daartoe in staat wees om hulle drinkgedrag te beheer en hulle alkoholinnome te verminder. Pasiënte wat egter ernstige skade in hulle lewe ervaar as gevolg van alkoholmisbruik, moet aangemoedig word om geheelonthouding as doelstelling te aanvaar.

Ten einde die belangrikste ondersteuningsisteme van die pasiënt te betrek by die hulpverlening, word die pasiënt te eggenoot/eggenote versoek om die onderhoud by te woon. Die insigte waartoe die pasiënt in die groepe gekom het, word bespreek en die pasiënt word versoek om dieselfde evalueringsvorm wat tydens die eerste onderhoud gebruik is, te voltooi. Die voltooiing van die evalueringsvorm behoort 'n aanduiding te gee van die groei wat daar by die pasiënt plaasgevind het.

Verdere optrede van die pasiënt word gesamentlik beplan. Indien die pasiënt bv. in die kategorie *moontlik afhanklik* geval het volgens die *MAST*-vraelys, kan hy miskien besluit om sonder verdere professionele hulp soberheid te probeer handhaaf en beplan hoe hy sy gedrag wil verander om dit moontlik te maak. Die veranderinge mag die vermyding van drinkersvriende, die inskakeling by kerklike aktiwiteite, die beoefening van sport en die versterking van die gesinslewe insluit. In hierdie gevalle verteenwoordig die hulpverleningsprogram 'n minimale ingrypingstrategie wat voldoende kan wees om verandering by die pasiënt te weeg te bring (Babor 1990:1071).

In ander gevalle sal die maatskaplike werker reëlings tref vir die verwysing van die pasiënt na 'n hulpverleningsinstansie. Die hulpverleningsinstansie word gekies op grond van die aard van die kliënt se probleem, sy sosio-ekonomiese omstandighede en sy voorkeure. Indien die pasiënt ernstig alkoholafhanklik is (volgens die uitslag van die *MAST* vraelys), sal die maatskaplike werker probeer om hom te motiveer vir binnepasiënt-behandeling. Vir die ander kategorieë sal buitepasiëntebehandeling en inskakeling by die AA aanbeveel word. Pasiënte wat reeds vir lang tydperke gehospitaliseer is, sal waarskynlik buitepasiëntebehandeling verkies. Indien die pasiënt se maatskaplike omstandighede baie swak is en hy bv. werkloos is, sal binnepasiëntebehandeling egter ook aanbeveel word. In alle gevalle sal die kliënt se voorkeure in ag geneem word en sal hy 'n keuse hê t.o.v. die hulpverleningsinstansie. Dit verhoog die pasiënt se motivering indien daar verskillende hulpverleningstrategieë tot sy beskikking is (Miller 1985:94).

Die hulpverleningsinstansie word voorsien van 'n verslag oor die pasiënt se omstandighede en vordering. Die pasiënt word genooi om die maatskaplike werker te kontak indien hy verdere

hulp verlang en word voorberei daarop dat hy na 'n maand 'n vraelys sal ontvang oor sy vordering met die beplande regstellende aksies wat hy moet neem.

6.4.3 Evaluering

Die finale evaluering en afsluiting word gedoen een maand nadat die pasiënt uit die hospitaal ontslaan is. 'n Kort vraelys word aan die pasiënt gestuur om te bepaal of die pasiënt die beplande regstellende aksies geneem het. Enige ander positiewe veranderinge in die persoon se omstandighede word ook aangeteken, aangesien die sukses van hulpverlening nie net aan drinkgedrag gemeet behoort te word nie, maar ook aan veranderinge in die funksionering van die persoon (Dana, Lewis en Blevins 1988:262). Indien die maatskaplike werker bv. kan bepaal dat die pasiënt se alkoholiname verminder het en sy gesinsverhoudinge verbeter het, gee dit 'n beter aanduiding van sy vordering as om net te bepaal dat hy steeds alkohol gebruik. Die evalueringsvraelys sien soos volg daar uit.

**DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK : TYGERBERG-HOSPITAAL
VRAELYS OOR HULPVERLENING**

Voltooi asb. die vraelys so volledig moontlik en stuur terug in die ingeslote koevert. Voltooi slegs die dele wat met 'n rooi pen gemerk is. Die ander dele is nie op u van toepassing nie.

1. IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

Naam :.....
 Woonadres :.....
 Tel nr :.....
 Werksadres:.....

2. EVALUERING VAN HULPVERLENING

Ek het my planne i.v.m. die volgende nagekom:	Ja	Nee
Stikland: afspraak nagekom		
Avalon: afspraak nagekom		
Sanra: afspraak nagekom		
AA: afspraak nagekom		
Antabuse: ek gebruik tans Antabuse		
Self soberheid handhaaf: ek drink tans glad nie		
Groter betrokkenheid by kerk: ek woon tans meer byeenkomste by		
Vermydning van drinkersvriende: ek het kontak met my drinkersvriende verbreek		
Groter betrokkenheid by familie: ek bestee meer tyd aan my familie		
Ek neem tans meer deel aan sport		
Ek drink tans minder as voor my brandwondbesering		
My drinkgewoontes is dieselfde as voor my brandwondbesering		

3. BESKRYF ENIGE POSITIEWE VERANDERING IN U LEWE SEDERT U BRANDWONDBESERING:.....

.....

4. NOEM ENIGE ANDER SAAK WAT U ONDER DIE AANDAG VAN DIE BRANDWONDEENHEID SE PERSONEEL WIL BRING:.....

.....

Figuur 6.3: Vraelys oor hulpverlening

6.5 SAMEVATTING

In die lig van die belangrike rol wat alkoholmisbruik speel in die opdoen van brandwonde, is dit noodsaaklik dat die probleem op 'n beplande en sistematiese wyse aangespreek word. Uitgebreide hulp is nie moontlik nie, aangesien die pasiënte slegs vir kort periodes gehospitaliseer word. Volgens die literatuur oor hulpverlening aan die afhanklike persoon, is sukses egter moontlik met minimale ingryping, veral waar die probleem vroeg geïdentifiseer word en die pasiënte nie chronies afhanklik is nie. Die voorgestelde program maak voorsiening vir die individualisering van hulpverlening in die opsig dat persone wat wel 'n ernstige probleem het, verwys kan word vir verdere hulpverlening. In hierdie geval behels die program een stap in die totale hulpverlening aan die pasiënt, nl. om die motivering om te verander te versterk, sodat pasiënte duidelike doelstellings vir hulleself sal stel en tot die aksiefase in die veranderingsmodel sal oorgaan. Die realiteit van die pasiënte se situasie moet altyd in gedagte gehou word. Baie pasiënte se omstandighede maak dit vir hulle onmoontlik om in te skakel by enige verdere hulpverlening en die voorgestelde program is dikwels die enigste hulp wat aan hulle aangebied kan word.

Die voorgestelde program is gegrond op 'n deeglike studie van die literatuur en op 'n empiriese studie van die pasiënte se drinkgedrag, drinkgeskiedenis en maatskaplike omstandighede. Die sukses van die program sal egter nog deur toekomstige navorsing bepaal moet word.

HOOFSTUK 7

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

Die doel van die studie was veral om 'n hulpverleningsprogram daar te stel vir brandwond pasiënte wat alkohol misbruik. Die belangrikste gevolg van die studie is dus dat daar 'n hulpverleningsprogram ontwikkel is wat in die brandwondeenheid benut kan word. Hierdie program is gebaseer op die gevolgtrekkings wat vervolgens bespreek sal word.

7.2 GEVOLGTREKKINGS

In hierdie studie is daar tot die volgende gevolgtrekkings gekom.

7.2.1 Identifiserende besonderhede

Die gemiddelde ouderdom van die pasiënte in die studie was 32,97 jaar. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat alkoholafhanklike persone wat brandwonde opdoen, nog redelik jonk is. Dit stem ooreen met bevindinge deur vorige navorsers soos Reyna *et al.* (1985:195) wat bevind het dat alkoholverwante traumatiese ongelukke meer dikwels by jonger persone voorkom. Dit blyk uit die literatuur dat jonger persone 'n beter prognose het om van alkoholafhanklikheid te rehabiliteer as ouer mense met 'n lang geskiedenis van alcoholmisbruik (Saunders en Conigrave 1990:1061). Dit is dus baie belangrik dat alkoholafhanklikheid by die pasiënte geïdentifiseer word en dat hulp aan hulle verleen word.

Daar was ook meer mans as vroue in die studiegroep, wat daarop dui dat meer mans as vroue alkoholverwante traumatiese beserings opdoen. Hierdie bevinding hang waarskynlik saam met die drinkpatrone van die onderskeie geslagte.

7.2.2 Voorkoms en verspreiding van alkoholprobleme

Dit het uit die studie geblyk dat meer as die helfte van die brandwondpasiënte (56,67%) in die Tygerberg-hospitaal alkoholprobleme ondervind. Die voorkoms van alkoholafhanklikheid by die brandwondpasiënte in Tygerberg-hospitaal is dus besonder hoog. Dit is nie uit hierdie

studie duidelik of die voorkoms van alkoholafhanklikheid by die brandwond pasiënt hoër is as by die algemene bevolking wat deur die hospitaal bedien word nie, aangesien daar nie van 'n kontrolegroep gebruik gemaak is nie. Die doel van die studie was slegs om die probleem van alkoholafhanklikheid by brandwond pasiënte te beskryf en nie om 'n vergelyking te maak nie. Indien die insidensie van alkoholafhanklikheid wat in hierdie studie gevind is, vergelyk word met die insidensie wat vir die algemene bevolking in die literatuur beskryf word, blyk dit dat die insidensie van chroniese afhanklikheid (9%) binne die reikwydte val van dit wat in die literatuur beskryf word, alhoewel dit effens hoër is as die 6% tot 8 % wat De Miranda beskryf (1988:85).

Wat die verspreiding van alkoholprobleme betref, is gevind dat die grootste groep pasiënte in die kategorie *matige afhanklikheid* val. Die meeste pasiënte is dus nie chronies afhanklik nie, maar kan as ernstige probleemdrinkers beskryf word. Die prognose van hierdie pasiënte is beter as dié van chroniese afhanklike persone.

7.2.3 Drinkpatroon

(1) Frekwensie van alkoholgebruik

Daar is 'n baie spesifieke drinkpatroon by die studiegroep. Die meeste pasiënte (73,33%) het aangedui dat hulle slegs oor naweke alkohol gebruik. Die meeste pasiënte het ook aangetoon dat, wanneer hulle wel alkohol gebruik, hulle die hele dag lank drink. Die mees algemene patroon is dus dat die pasiënte op 'n Vrydagaand sal begin drink, Saterdag die hele dag sal drink en Sondagmiddag sal ophou. Die feit dat die meerderheid respondente nie hulle alkoholinnames oor die week versprei nie, maar hoofsaaklik oor naweke drink, verhoog die gevaar van ongelukke en aggressiewe gedrag vir hierdie respondente. Daar bestaan 'n beduidende verband tussen die frekwensie van alkoholgebruik en die erns van die pasiënt se afhanklikheidsprobleem. Dit dui dus daarop dat die *MAST*-vraelys 'n geldige meetinstrument kan wees om alkoholprobleme te identifiseer.

(2) Hoeveelheid alkohol gebruik

Volgens die pasiënte se eie verklarings van die hoeveelheid alkohol wat hulle per week gebruik, is die meeste van hulle gereelde redelike swaar gebruikers of gereelde baie swaar gebruikers van alkohol. Dit beteken dat 63,33% van die pasiënte soveel drink dat dit 'n gevaar vir hulle gesondheid inhou. Dit dui daarop dat hierdie pasiënte wel kan baat by 'n hulpverleningsprogram vir alkoholafhanklike persone. Daar is 'n beduidende verband gevind tussen die hoeveelheid alkoholverbruik by mans en die erns van die pasiënt se alkoholprobleem. Dit dui weereens op die geldigheid van die *MAST*-vraelys.

(3) Plekke waar alkohol gebruik word

Die meeste respondente (70%) drink tuis. Gesinslede speel dus 'n belangrike rol in die lewe van die respondente en in hulle patrone van alkoholmisbruik. Gesinslede sal ook 'n belangrike invloed hê op die rehabilitasieproses.

(4) Alkoholgebruik as sosiale verskynsel

Dit het geblyk dat alkoholgebruik hoofsaaklik 'n sosiale verskynsel is. In die meeste gevalle (73,33%) word alkohol saam met vriende gebruik. Pasiënte sal dus vaardighede moet aanleer om die druk van vriende, wat wil hê dat hulle weer moet drink, te kan weerstaan.

(5) Reaksie op alkoholgebruik

Alkoholgebruik het 'n belangrike sosiale en ontspannende funksie vir die pasiënte en die meeste van hulle (70%) het aangetoon dat hulle gelukkig en vrolik voel wanneer hulle alkohol gebruik.

7.2.3 Drinkgeskiedenis**(1) Tydperk van alkoholgebruik**

Die gemiddelde ouderdom waarop respondente begin drink het, was 18, 3 jaar. Die gemiddelde tydperk van alkoholmisbruik, was 14,5 jaar. Pasiënte het dus 'n lang geskiedenis van alkoholmisbruik. Dit bring mee dat hulle waarskynlik meer intensiewe terapie sal benodig as persone wat nie so 'n lang geskiedenis van misbruik het nie.

(2) Alkoholverwante siektes en vorige ongelukke

Min van die pasiënte het alkoholverwante siektes gerapporteer. 'n Groot aantal pasiënte (56,6%) het egter vorige alkoholverwante beserings opgedoen. Alkoholmisbruik veroorsaak dus dat pasiënte herhaaldelik in die hospitaal opgeneem word vir traumatiese beserings. Die hospitalisasie en mediese behandeling van hierdie pasiënte is duur en selfs uit 'n finansiële oogpunt kan 'n hulpverleningsprogram dus gemotiveer word. Dit sou goedkoper wees om herhaalde ongelukke te voorkom deur die alkoholprobleem aan te spreek as om pasiënte herhaaldelik te behandel vir traumatiese beserings. Indien die lewensverlies en fisiese en maatskaplike gevolge wat die ongelukke eikwels vir die slagoffers inhou ook in berekening gebring word, kan die gevolgtrekking gemaak word dat dit noodsaaklik is dat die alkoholprobleem aangespreek word. Dit is voorts ook belangrik dat alkoholprobleme vroeg geïdentifiseer word, aangesien die prognose van die pasiënt beter is as daar aan sy probleme aandag gegee word voordat chroniese afhanklikheid ontwikkel. Uit hierdie navorsing het dit geblyk dat dit maklik en goedkoop is om alkoholprobleme by pasiënte te identifiseer.

(3) Die verband tussen alkoholmisbruik en die huidige brandwondbesering

In die meeste gevalle (56,6%) het alkoholmisbruik direk bygedra tot die opdoen van die pasiënte se brandwondbeserings. Die pasiënte ervaar ook die brandwondbesering as 'n krisis, aangesien die besering self en die behandeling baie pyn meebring. Hierdie krisissituasie skep 'n geleentheid waartydens hulpverlening ten opsigte van die alkoholprobleem geïnisieer kan word. Die pasiënt is meer toeganklik vir hulpverlening terwyl hy in die krisissituasie verkeer.

7.2.4 Motivering

(1) Evaluering van eie drinkgewoontes

Die meeste pasiënte het hulleself as ligte drinkers beskou. Dit mag enersyds daarop dui dat pasiënte nie die erns van hulle probleme besef nie. Die meeste pasiënte het dan ook aangedui dat die meeste ander persone in hulle omgewing ook alkohol misbruik. Die pasiënte beskou alkoholmisbruik dus as 'n normale verskynsel en het min begrip daarvoor dat hulle gedrag eintlik afwykend van aard is. Andersyds kan die feit dat die pasiënte aangedui het dat hulle ligte gebruikers van alkohol is, ook dui op die gebruik van ontkenning as verdedigingsmeganisme. Dit is bekend dat persone wat alkohol misbruik baie gebruikmaak van verdedigingsmeganismes. Die navorser is van mening dat albei hierdie faktore 'n rol speel in die selfbeoordeling van die pasiënte se gedrag.

(2) Redes vir alkoholgebruik

Pasiënte drink hoofsaaklik ter wille van die ontspannende effek wat alkoholgebruik het en omdat dit sosiale verkeer bevorder.

(3) Negatiewe gevolge van alkoholmisbruik

Die pasiënte ervaar die beserings wat hulle opdoen terwyl hulle onder die invloed van alkohol verkeer, as die mees negatiewe aspek van hulle alkoholmisbruik. Dit bring mee dat hulle motivering om op te hou drink, hoër is terwyl hulle nog die pynlike gevolge van die brandwondbesering ervaar.

(4) Alkoholmisbruik en maatskaplike probleme

Alkoholmisbruik veroorsaak probleme op verskillende terreine van die pasiënte se maatskaplike lewe. Daar is bevind dat alkoholmisbruik veral finansiële- en huweliksprobleme vir die respondente veroorsaak het.

Swak sosio-ekonomiese omstandighede moet nie as uitsluitingskriteria beskou word wanneer hulpverlening aan 'n afhanklike persoon oorweeg word nie aangesien daar 'n wisselwerking bestaan tussen alkoholafhanklikheid en swak sosio-ekonomiese omstandighede.

Alkoholmisbruik vererger dus reeds bestaande maatskappike probleme. Persone se omstandighede moet egter in ag geneem word wanneer 'n hulpverleningsprogram ontwikkel word.

(5) Begeerte om alkoholmisbruik te staak

Bykans al die pasiënte het te kenne gegee dat hulle hulle drinkgewoontes wil verander. Die meerderheid het te kenne gegee dat hulle wil ophou drink terwyl ses pasiënte gesê het dat hulle minder wil drink, met die oog daarop om uiteindelik heeltemal op te hou. Alhoewel dit moontlik is dat die pasiënte positief reageer het om 'n gunstige indruk op die navorser te maak, dui die response tog op verhoogde motivering by die pasiënte. Die meeste pasiënte het dan ook aangetoon dat dit die brandervaring is wat hulle houding teenoor alkoholmisbruik verander het. Die pyn en ongemak wat met die brandwonde gepaard gaan, dra grootliks by tot die verandering in houding.

(6) Houding teenoor hulpverlening

Slegs twee pasiënte het voorheen oorweeg om in te skakel by 'n hulpverleningsprogram vir alkoholafhanklikheid terwyl slegs een persoon voorheen sodanige hulp ontvang het. Dit dui daarop dat die respondente waarskynlik nie voorheen met hulle alkoholprobleme gekonfronteer is nie ondanks die feit dat 'n groot persentasie van hulle voorheen gehospitaliseer is vir traumatiese alkoholverwante beserings. Mediese personeel in algemene hospitale kom waarskynlik nie hulle verantwoordelikheid na ten opsigte van die identifisering en hulpverlening aan alkoholafhanklike pasiënte nie.

Twaalf pasiënte (40%) in die studiegroep was bereid om in te skakel by 'n hulpverleningsprogram, na ontslag. Die pasiënte het buitepasiënt-behandeling verkies bo binnepasiënt-behandeling omdat dit vir hulle minder ontwrigtend sou wees. Die pasiënte se omstandighede is baie belangrik wanneer op 'n hulpverleningsprogram besluit word. Pasiënte wat nie ernstig afhanklik is nie, is meestal nie bereid om na ontslag in te skakel by 'n hulpverleningsprogram nie. Hierdie pasiënte moet in die hospitaal die geleentheid kry om vaardighede aan te leer wat hulle in staat sal stel om soberheid te handhaaf na ontslag.

7.2.5 Die maatskaplike omstandighede van respondente

Die respondente kan as gedepriveerd beskou word, wat sosio-ekonomiese omstandighede betref. Alhoewel meer as die helfte van die pasiënte in 'n vaste verhouding betrokke was, het dit geblyk dat daar baie spanning en konflik binne die verhoudings bestaan het. Die misbruik van alkohol het waarskynlik bygedra tot hierdie spanning. Elf (36,66%) van die pasiënte het dan ook gemeld dat hulle lewensmaats ontevrede was met hulle alkoholgebruik.

Die respondente se inskakeling by godsdienslike aktiwiteite is swak. Desondanks behoort al die pasiënte aan 'n kerk en kan die kerk beskou word as 'n belangrike sisteem in die samelewing wat 'n rol kan speel in die rehabilitasie van die afhanklike persoon.

Die pasiënte het meestal 'n laerskoolopleiding gehad en geeneen van hulle skoolastiese opleiding het verder gestrek as st. agt nie.

Die pasiënte het meestal ongeskoolde arbeid verrig en het 'n baie lae gemiddelde inkomste gehad. Vyftig persent van die pasiënte het egter 'n permanente betrekking beklee, terwyl 'n verdere 23% 'n tydelike betrekking gehad het. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word, dat die meerderheid pasiënte tog 'n mate van maatskaplike stabiliteit handhaaf en nie 'n swerwersbestaan voer nie.

Behuisingsomstandighede was swak en dra waarskynlik by tot frustrasie en spanning by die pasiënte. Hierdie faktore kan weer as oorsaaklike faktore vir alkoholmisbruik beskou word.

Tien van die pasiënte (33,33%) het voorheen gevangenisstraf uitgedien. Dit dui daarop dat daar ook ander vorme van anti-sosiale gedrag by hierdie groep voorkom. Dit kan beskou word as aanduidend daarvan dat die pasiënte se alkoholmisbruik deur sosio-kulturele omstandighede veroorsaak word.

Opsommenderwys kan gemeld word dat die pasiënte uit 'n lae sosio-ekonomiese groep afkomstig is. Die meeste van die pasiënte was dan ook bruin mense. Die maatskaplike probleme van hierdie groep is goed bekend.

7.2.6 Houding van die gemeenskap teenoor alkoholmisbruik

Twintig pasiënte (66,66%) het aangedui dat die meeste ander mense in hulle gemeenskappe ook alkohol misbruik. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die pasiënte hulle gemeenskappe as besonder verdraagsaam teenoor hulle alkoholmisbruik ervaar. Dit kan dus verwag word dat daar nie vanuit die gemeenskap veel druk op die individu sal wees om sy alkoholmisbruik te staak nie. Dit is moontlik dat die gemeenskap eerder die drinkgewoontes in stand sal hou, aangesien dit die aanvaarde gebruik in die spesifieke samelewings is.

7.3 AANBEVELINGS

Na aanleiding van die gevolgtrekkings word die volgende aanbevelings gemaak.

7.3.1 Die vroeë identifisering van alkoholprobleme moet bevorder word deur:

- (1) Hospitaalpersoneel wat bedag moet wees daarop om alkoholprobleme by pasiënte wat traumatiese beserings opgedoen het, te identifiseer.
- (2) In die opleiding van geneeshere meer aandag te gee aan die identifisering van alkoholprobleme by pasiënte en die nodige vaardighede in hierdie verband aan hulle te leer.
- (3) Die verwysing van pasiënte met alkoholprobleme na maatskaplike werkers vir verdere hulpverlening. Die wyse waarop die verwysing geskied is belangrik. Die geneesheer moet die pasiënt konfronteer met sy alkoholprobleem, maar moet terselfdertyd emosionele neutraliteit handhaaf en die pasiënt steeds met respek behandel.

7.3.2 Die alkoholprobleme van brandwondpasiënte moet aangespreek word deur:

- (1) Die hulpverleningsprogram, soos uiteengesit in hoofstuk 6, in die brandwondeenheid toe te pas. Aangesien die brandwondbesering vir die pasiënt 'n krisis meebring, moet hierdie krisis benut word om hulpverlening vir alkoholafhanklikheid te inisieer.
- (2) Al die lede van die span betrokke te maak by die pasiënt se afhanklikheidsprobleem. Die geneeshere behoort veral 'n aktiewe rol te speel in die hulpverleningsproses aangesien hulle dikwels hoë aansien by die pasiënte geniet en die pasiënte dus geneig is om ag te slaan op advies van die geneesheer.
- (3) Die hulpverlening te individualiseer en waar nodig, die pasiënte ter aanvulling van die hulpverleningsprogram, ook na hulpverleningsinstansies in die gemeenskap te verwys.

7.3.3 Hulpverleningsfasiliteite vir alkoholafhanklike persone in die gemeenskap moet uitgebrei word deur:

- (1) Meer buitepasiënte-fasiliteite beskikbaar te stel. Daar bestaan veral min fasiliteite in plattelandse gebiede. Die fasiliteite in stedelike gebiede is dikwels ook ver van woongebiede

geleë en is dus moeilik bereikbaar vir pasiënte. Kliniekdienste wat reeds in die onderskeie woongebiede bestaan, moet uitgebrei word om ook voorsiening te maak vir die hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Maatskaplike werkers kan met die mediese personeel van die klinieke saamwerk om programme vir hulpverlening aan alkoholafhanklike persone daar te stel. Hierdie dienste behoort ook buite werksure beskikbaar te wees sodat dit meer toeganklik gemaak kan word vir die persone wat dit benodig. Baie laagbesoldigde persone vind dit onmoontlik om verlof by hulle werk te verkry om afsprake by hulpverleningsinstansies na te kom.

(2) Die personeel van die klinieke op te lei om die alkoholprobleem te kan hanteer.

(3) Buitepasiënt-dienste uit te brei om voorsiening te maak vir al die fases van hulpverlening vanaf assessering, hulpverlening, voorkoming van terugvalle tot nasorg. Pasiënte wie se probleme nie op 'n buitepasiënt-basis hanteer kan word nie, moet verwys word vir binnepasiënt behandeling.

(4) Spesifiek oor naweke alternatiewe vorme van ontspanning in die gemeenskappe aan te bied, aangesien die meeste pasiënte oor naweke alkohol misbruik. Sosiale klubs wat gesinsuittappies reël waar alkoholgebruik nie deel vorm van die program nie, kan baie waarde hê. Dit sal ook in die behoefte aan sosiale kontak voorsien, aangesien gevind is dat alkoholmisbruik hoofsaaklik 'n sosiale verskynsel is by die studiegroep.

7.3.4 Die voorkoming van alkoholmisbruik moet hoë prioriteit geniet deur:

(1) Sosio-ekonomiese opheffingsprogramme in die bruin gemeenskappe wat deur die Tygerberg-hospitaal bedien word, aan te bied.

(2) Programme wat daarop gemik is om mense se houding teenoor alkohol te verander, in dié gemeenskappe te implimenteer. Opvoedkundige programme in skole en jeugorganisasies kan groot waarde hê. Ouers moet toegerus word om aan hulle kinders die regte houdings teenoor alkohol aan te leer. Programme wat op volwassenes gemik is, moet ook aangebied word. In hierdie verband kan die kerke 'n belangrike rol speel, aangesien die meeste mense aan 'n kerk behoort. Die massa-media behoort ook benut te word om mense se houding teenoor alkoholmisbruik te verander. Die media kan die hoë koste wat alkoholverwante traumatiese ongeelukke vir die gemeenskap meebring onder die aandag van die mense bring. Daar moet terselfdertyd 'n beperking geplaas word op die advertensie van alkoholiese drank in die media,

aangesien hierdie tipe voorkomingsprogramme dikwels deur duur en aanloklike advertensies geneutraliseer word.

7.3.5 Verdere navorsing moet onderneem word om die sukses van die hulpverleningsprogram te bepaal.

BIBLIOGRAFIE

- AMODEO, M. and LIFTIK, J. 1990. Working through denial in alcoholism. **Families in society**, 71(3):131-135.
- ARKAVA, M.L. and LANE, A. 1983. **Beginning social work research**. Boston, London, Sydney and Toronto: Allen and Bacon.
- ARMOR, D.J., POLICH, J.M. and STAMBUL, H.B. 1987. **Alcoholism and treatment**. New York: Wiley.
- BABOR, T.F. 1990. Brief intervention strategies for harmful drinkers: new directions for medical education. **Canadian Medical Association Journal**, 143(10):1070-1076.
- BAKER, S.P. 1987. Injuries: The neglected epidemic: Stone lecture, 1985 America trauma society meeting. **The Journal of Trauma**, 27(4):343-348.
- BALDWIN, S. 1990. Helping problem drinkers - some new developments. In: COLLINS, S. (ed.) 1990. **Alcohol, social work and helping**. London: Routledge.
- BALDWIN, S. 1991. Helping the unsure. In: DAVIDSON, R. ROLLNICK, S. and MACEWAN, I. (ed.) 1991. **Counselling problem drinkers**. London: Routledge.
- BARRIE, K. 1990. Helping in groups. In: COLLINS, S. (ed.) 1990. **Alcohol, social work and helping**. London: Routledge.
- BELSTEN, H. 1983. Die motivering van die alkoholis. **Rehabilitasie in Suid-Afrika**, 32(3):88-91.
- BERG, G. and SKUTLE, A. 1986. Early intervention with problem drinkers. In: MILLER, W.R. and HEATHER, N. 1986. **Treating addictive behaviors**. New York: Plenum Press.
- BLOCH, C. 1987. **The burns handbook**. Pinetown: Monica Fairall Communications.
- BOSWICK, J.A. (ed.) 1987. **The art and science of burn care**. Rockville, Maryland: Aspen Publishers.

- BOTHMA, M.E., 1988. *Alkoholiste Anoniem as nasorg vir alkoholiste*. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (M.A.thesis)
- BOWDEN, M.L., JONES, C.A. and FELLER, I. 1979. *Psycho-social aspects of a severe burn: a review of the literature*. Michigan: National Institute for Burn Medicine.
- BOWEN, O.R. and SAMMONS, J.H. 1988. The alcohol-abusing patient: a challenge to the profession. *JAMA*, 260(15):2267-2270.
- BRODLAND, G.A. and ANDREASON, N.J.C. 1976. Adjustment Problems of the Family of the Burn Patient. In: TURNER, F.J. (ed.) *Differential diagnosis and treatment in social work*. New York: Macmillan Publishing Company, 386-393.
- BROWNE, G. et al. 1985. Psychosocial adjustment of burn survivors. *Burns*, 12(1):28-35.
- BRUUN, L. 1985. Medical Social Work in the Burns Unit. *Burns*, 11(6):436-439.
- CASON, J.S. 1981. *Treatment of burns*. London: Chapman and Hall.
- CHAFETZ, M.E. 1983. *The alcoholic patient: diagnosis and management*. Oradell, New Jersey: Medical Economics Company.
- CLINEBELL, H.J. 1978. *Understanding and counseling the alcoholic*. Nashville: Abingdon Press.
- COBB, N., MAXWELL, G. and SILVERSTEIN, P. 1991. The relationship of patient stress to burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 12(4): 335
- COHEN, M. and SPINNER, A. 1982. A group curriculum for outpatient alcoholism treatment. In: *Social work with groups*. New York: The Haworth Press.
- COLLINS, S. (ed.) 1990. *Alcohol, social work and helping*. London: Routledge.
- COLLINS, S., OTTLEY, G. and WILSON, M. 1990. Historical perspectives and the development of community services. In: COLLINS, S. (ed.) 1990. *Alcohol, social work and helping*. London and New York: Tavistock/Routledge.

- CRIKELAIR, G.P., SYMONDS, F.C. and OLLSTEIN, R.N. 1968. Burn causation: its many sides. *Journal of Trauma*, 8(4):572-581.
- CYR, M.G. and WARTMAN S.A. 1988. The Effectiveness of Routine Screening Questions in the Detection of Alcoholism. *JAMA*, 259(1):51-54.
- DARKO, D.F. et al. 1986. Analysis of 585 burn patients hospitalized over a 6-year period. *Burns*, 12(6):395-491
- DAVIDSON, R. 1991. Facilitating change in problem drinkers. In: DAVIDSON, R. ROLLNICK, and MACEWAN, I. (ed.) 1991. *Counselling problem drinkers*. London: Routledge.
- DAVIDSON, R. ROLLNICK, S. and MACEWAN, I. (ed.) 1991. *Counselling problem drinkers*. London: Routledge.
- DE KOCK, M. 1978. The Cape Town burn profile. *Burns*, 5:210-211.
- DE KOCK, M. 1989. Die gevolge van brandwonde. *VMO*, 7(10):1245-1252.
- DE MIRANDA, S. 1988. Alcoholism: The incidence, treatment and rehabilitation - the South African perspective. *Rehabilitation in South Africa*, 32(3):83-87.
- DE WIT, J.J.F. 1988. 'n Ondersoek na die invloed van terapie in inrigtingsverband op die persoonlike bevoegdheid van die middelafhanklike. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (M.A. Tesis)
- DEPPE, R.K. 1981. Alcohol on the roads. Paper read at the Conference: Alcohol in perspective (12-14 October 1981).
- DU PLESSIS, A.A. 1986. 'n Verkenningstudie ten opsigte van die kennis, vaardigheid en houdings teenoor alkohol en alkohelverwante probleme van junior maatskaplike werkers met spesifieke verwysing na die hantering van sodanige probleme. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (M.A. Tesis)
- EDWARDS, G. et al. 1983. What happens to alcoholics? *The Lancet*, 2:269-271.

EMRICK, C.D. 1975. A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: 2 The relative effectiveness of treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. **Quarterly Journal of Studies in Alcoholism**, 36:88.

EWING, J.A. 1984. Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. **JAMA**, 252(14):1905-1907.

FELLER, I. and GRABB, W.C. 1979. **Reconstruction and rehabilitation of the burned patient**. Michigan: National Institute for Burn Medicine.

FELLER, I., ARCHAMBEAULT-JONES, R.N. and RICHARDS, K.E. 1977. **Emergent care of the burn victim**. Michigan: National Institute for Burn Medicine.

FIALKOV, M.J. 1977. Alcoholics and the emergency ward. **SAMJ**, 52:653-656.

FOX, R. 1967. A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. **American Journal of Psychotherapy**, 123: 769-778.

GALDSTON, R. 1972. The burning and the healing of children. **Psychiatry**, 35:57-66.

GENTILELLO, L.M. et al. 1988. Major injury as Unique Opportunity to Initiate Treatment in the Alcoholic. **The American Journal of Surgery**, 156(6):558-561.

GILLIS, L.S., LEWIS, J. and SLABBERT, M. 1973. Alcoholism among the Cape Coloureds. **SAMJ**, 47:1374-1389.

GLASHEEN, W.P. et al. 1983. Identification of the high-risk population for serious burn injuries. **Burns**, 9:193-200.

GOCHROS, H.L. 1985. Research interviewing. *In*: GRINNELL R.M. (ed.) 1985. **Social work research and evaluation**. Illinois: F.E. Peacock Publishers.

GOLAN, N. 1979. Crisis Theory. *In*: TURNER, F.J. (ed.) **Social work treatment**. New York: Macmillan Publishing Company, 499-531.

GRANITE, U and GOLDMAN, S.D. 1975. Rehabilitation therapy for burn patients and spouses. **Social Casework**, 56(10):593-598.

- HEATHER, N. 1986. Minimal treatment interventions for problem drinkers. **Current issues in Clinical Psychology**, 4:171-186.
- HEATHER, N. and ROBERTSON, I. 1989. **Problem drinking**. New York: Oxford University Press.
- HOFF, L.A. 1978. **People in crisis: understanding and helping**. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- HOWE, B. 1989. **Alcohol education**. London: Tavistock/Routledge.
- HOWLAND, J. AND HINGSON, R. 1987. Alcohol as a risk factor for injuries or death due to fires and burns: review of the literature. **Public Health Reports**, 102(5): 475-483.
- JELLINEK, E.M. 1960. **The disease concept of alcoholism**. New Haven, Connecticut: Hillhouse Press.
- JELLINEK, E.M. 1986. Phases of alcohol addiction. In: SAHAKIAN, W.S. (ed.) 1986. **Psychopathology today. The current status of abnormal psychology**. Illinois: F.E. Peacock.
- JOHN, U. 1991. A motivational approach to the treatment of alcoholism in the Federal Republic of Germany. **Alcoholism Treatment Quarterly**, 8(2):83-91.
- JONES, J.D. et al. 1991. Alcohol Use and Burn Injury. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, 12(2):148-152.
- KELLEY, D. 1992. Burns in Alcohol and drug users result in longer treatment times with more complications. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, 13(2):218-230.
- KENDELL, R.E. 1990. The physician's role. **Can Med Assoc J**, 143(10):1042-1047.
- KOLMAN, P.B.R. 1983. The incidence of Psychopathology in Burned Adult Patients: A Critical Review. **The Journal of Burn Care and Rehabilitation**, 4(6):430-436.
- LECKIE, T. 1990. Social work and alcohol. In: COLLINS, S. (ed.) 1990. **Alcohol, social work and helping**. London: Routledge.

- LEVINE, B. and GALLOGLY, V. 1985. **Group therapy with alcoholics: outpatient and inpatient approaches.** Eeverley Hills, California: Sage Publications.
- LEWIS, J.A., DANA, R.Q. and BLEVINS, G.A. 1988. **Substance abuse counseling: an individualized approach.** California: Brooks/Cole Publishing Company.
- LOUW, A.J. 1986. **Die rol en funksie van die alkoholveiligheidskool in die bekamping van dronkbestuur in die Kaapse Skiereiland:** Universiteit van Stellenbosch. (M.A. tesis)
- LOUW, D.A. 1989. **Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag.** Johannesburg: Southern Boekuitgewers (Edms.) Bpk.
- LOUW, D.A. en GOUWS, L.A. 1989. Alkoholmisbruik en -afhanklikheid. In: LOUW, D.A. 1989. **Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag.** Johannesburg: Southern Boekuitgewers (Edms.) Bpk.
- LOWENSTEIN, S.R., WEISSBERG, M.P. and TERRY, D. 1990. Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviours - and the revolving emergency department door. **The Journal of Trauma**, 30(10):1252-1258.
- MACARTHUR, J.D. and MOORE, F.D. 1975. Epidemiology of Burns: The Burn-prone Patient. **JAMA**, 231(3):259-263.
- MAISELS, D.O. and CHOSH, J. 1968. Predisposing causes of burns in adults. **Practitioner**, 201:767-773.
- MARLATT, G.A. and GEORGE, W.H. 1984. Relapse prevention: introduction and overview of the model. **British Journal of addiction**, 79:261-273.
- MAYFIELD, D., MCLEOD, G and HALL, P. 1974. The Cage Questionnaire: validation of a new Alcoholism Screening Instrument. **American Journal of Psychiatry**, 131(10):1121-1123.
- MCKENDRICK, B.W. 1987. **Social work in South Africa.** Pinetown: Owen Burgess Publishers.
- MCKENDRICK, B.W. 1990. **Social work in action.** Pretoria: HAUM.

- MEDIESE NAVORSINGSRAAD. 1992. **Jaarverslag 1991**. Tygerberg: Mediese navorsingsraad.
- MILLER, W.C., GARDNER, N. and MLOTT, S.R. 1976. Psychosocial support in the treatment of severely burned patients. **The Journal of Trauma**, 16(9):722-725.
- MILLER, W.R. 1976. Alcoholism scales and objective assessment methods: a review. **Psychological Review**, 83(4): 649-674.
- MILLER, W.R. 1985. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin**, 98(1):84-107.
- MILLER, W.R. and HEATHER, N. 1986. **Treating addictive behaviors**. New York: Plenum Press.
- MILLER, W.R. and REID, H. 1986. **The effectiveness of alcoholism treatment**. In: MILLER, W.R. and HEATHER, N. 1986. **Treating addictive behaviors**. New York: Plenum Press.
- MILLER, W.R., SOVEREIGN, R.G. and KREGGE, B. 1988. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. **Behavioural Psychotherapy**, 16:251-268.
- MOORE, R.D. et al. 1989. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. **JAMA**, 261(3):403-407.
- MÜLLER, R and VAN RENSBURG, L.C.J. 1986. Alcohol levels in trauma victims. **SAMJ**, 70:592-593.
- NOYES, R. et al. 1979. Stressful life events and burn injuries. **The Journal of trauma**, 19(3):141-144.
- O'BRIANT, R.G. et al. 1973. **Recovery from alcoholism**. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- ORFORD, J. and EDWARDS, G. 1977. **Alcoholism**. Maudsley Monograph No. 26. London: Oxford University Press.

PANEPINTO, W.C. and SIMMONS, L. 1986. Treating the illness, not the mandate: Techniques for successful referral, engagement, and treatment of alcoholic persons. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(3):37-47.

PATTISON, E.M. and KAUFMAN, E. (ed.) 1982. *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York: Gardner Press.

PATTISON, E.M., COE, R. and DOERR, H.D. 1973. Position variation between alcoholism treatment facilities. In: PATTISON, E.M., SOBEL, M.B. and SOBELL, L.C. 1977. *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer Publishing Company.

PATTISON, E.M., SOBELL, M.B. and SOBELL, L.C. 1977. *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer Publishing Company.

PEELE, S. 1985. What treatment for addiction can do and what it can't; what treatment for addiction should do and what it should'nt. *Journal of substance abuse treatment*, 2:225-228.

PEGG, S.P. 1990. The 1989 Everett Idris Memorial Lecture: Coming of age- the first twenty-one years. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 11(5):476-483.

PEGG, S.P. et al. 1978. Epidemiological pattern of adult burn injuries. *Burns*, 5(4):326-334.

POKORNY, A.D., MILLER, B.A. and KAPLAN, H.B. 1972. The Brief MAST: Ashortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129(3):342-345.

PROCHASKA, J.O. and DICLIMENTE, C.C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrated model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51:390-395.

PRUZINSKY, T. et al. 1992. Psychometric assessment of psychological factors influencing adult burn rehabilitation. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13(1):79-88.

REDAKSIONEEL. 1978. Staatsrehabilitasiesentrums: 'n nuwe toevoeging. *Volkswelsyn en Pensioene*, 13(1):iii.

REID, W.J. 1987. Research in Social Work. *Encyclopedia of Social Work*, 18(2):474-486.

- REINART, R.E. and BOWEN, W.T. 1968. Social drinking following treatment for alcoholism. **Bulletin of the Menninger Clinic**, 32:280-290.
- REYNA, T.M., HOLLIS, H.W. and HULSEBUS, R.C. 1985. **Ann. Surg.**, 201 (2):194-196.
- RITSON, B. 1986. **Merits of simple intervention.** In: MILLER, W.E. and HEATHER, N. 1986. **Treating addictive behaviors.** New York: Plenum Press.
- ROBINSON, D. 1982. Alcoholism: Perspectives on prevention strategies. In: PATTISON, E.M. and KAUFMAN, E. (ed.) 1982. **Encyclopedic handbook of alcoholism.** New York: Gardner Press.
- ROCHA-SILVA, L. 1987. **Alcohol use in the mid-eighties - the Republic of South Africa.** Pretoria: Human Sciences Research Council.
- ROCHA-SILVA, L. 1983. **Die meting van alkoholinname in die kleurlingwoonbuurt Eersterust: 'n toepassing van die Khavari-alkoholtoets.** Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- ROMAN, P.M. 1982. Sociological models for understanding deviant drinking behaviour. In: PATTISON, E.M. and KAUFMAN, E. (ed.) 1982. **Encyclopedic handbook of alcoholism.** New York: Gardner Press.
- SALISBURY, R.E. and PETRO, J.A. 1987. Rehabilitation of burn patients. In: BOSWICK, J.A. (ed.) 1987. **The art and science of burn care.** Rockville, Maryland: Aspen Publishers.
- SANRA. 1989?. **Enkele feite en statistieke oor alkohol- en ander dwelmgebruik en -misbruik en verwante probleme.** Sanra inligtingspamlet.
- SAUNDERS, J.B. and CONIGRAVE, K.M. 1990. Early identification of alcohol problems. **Canadian Medical Association Journal**, 143(10):1060-1069.
- SELZER, M.L. 1971. Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a new Instrument, **American Journal of Psychiatry**, 127:1653-1658.
- SIMONS, R.D. et al. 1978. The burn victim: his psychosocial profile and post-injury career. **Burns**, 5(1):97-100.

- SKINNER, H.A. 1990. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. **Canadian Medical Association Journal**, 143(10):1054-1059.
- SOBELL, L. C. and SOBELL, M.B. 1978. Validity of self-reports in three populations of alcoholics. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 46(5):901-907.
- SODERSTROM, C.A. and COWLEY, R.A. 1987. A national alcohol and trauma center survey. **Arch. Surg.**, 122:1067-1071.
- STEINER, H. and CLARK, W.R. 1977. Psychiatric complications of burned adults: a Classification. **The Journal of Trauma**. 17(2):134-143.
- STONE, M.J. 1988. Assault by burning and its relationship to social circumstances. **Burns**, 14(6):461-467.
- STONE, N.H. et al. 1970. Child abuse by burning. **Surg Clinics of North America**, 50(6):1419-1424.
- STUCKEY, R.F. and HARRISON, J.S. 1982. The alcoholism rehabilitation centre. In: PATTISON, E.M. and KAUFMAN, E. (ed.) 1982. **Encyclopedic handbook of alcoholism**. New York: Gardner Press.
- SUID-AFRIKAANSE AKADEMIE VIR WETENSKAP EN KUNS. 1991. **Afrikaanse Woordelys en Spelreëls**. Kaapstad: Tafelberg.
- SWENSON, J.R. 1991. Drug and alcohol abuse in patients with acute burn injuries. **Psychosomatics**, 32(3):287-293.
- THOMAS, E. 1985. Developmental research. In: GRINNELL, R.M. (ed.) **Social work research and evaluation**. Illinois: Peacock Publishers, 483-499.
- THOMAS, E. 1987. Developmental Approach to Research. **Encyclopedia of Social Work**, 18:(1)382-388.
- TODTMAN, D.A. and TODTMAN, K.L. 1991. S.H.A.R.E.: A local Canadian Hospital Program for reducing health care costs and improving treatment for substance abuse patients. **Alcoholism Treatment Quarterly**, 8(2):93-100.

- VAN DER WALT, G.E. en VAN DER WESTHUIZEN, C.H.J. 1990. Die gebruik van konstruktiewe konfrontasie met die alkoholafhanklike pasiënt. **Maatskaplike Werk/Social Work**, 26(4):304-315.
- WAGNER, M.M. 1981. **Care of the burn-injured patient**. London: Croom Helm.
- WALLER, J.A. 1990. Management Issues for Trauma Patients with Alcohol. **The Journal of Trauma**, 30(12):1548-1553.
- WEINBERG, N. and MILLER, N.J. 1983. Burn Care: A Social Work Perspective. **Health and Social Work**, 8(2):97-106.
- WEINSTEIN, D.L. et al. 1989. Alcoholism screening and intervention, 1: Interviewing in a general hospital. **Social Casework**, 70(7):436-441.
- WHITNEY, R.B. 1983. Alcoholics in emergency rooms. **Bull. N.Y. Acad. Med**, 59(2):216-221
- WILLIAMS, B.P. 1971. The burned patient's need for teaching. **Nurs Clin of North America**, 6(4):615-639.
- ZIMBERG, S. 1982. **The clinical management of alcoholism**. New York: Brunner/Mazel.

BYLAE

BYLAAG A**ONDERHOUDSKEDULE**

Datum van Onderhoud :

1. IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

1.1 Naam :

1.2 Hospitaalnommer :

1.3 Geboortedatum :

1.4 Adres :

1.5 Alternatiewe adres:

1.6 Telefoonnommer : (Werk) (Huis)

1.7 Tydperk van hospitalisasie :

1.8 Naam van eggenoot/eggenote :

2. M.A.S.T.**[Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971)]**

2.1 Beskou u uself as 'n normale drinker? (M.a.w. u drink minder of net soveel as die meeste ander mense.)	JA 0	NEE 2
2.2 Het u al ooit in die oggend wakker geword en gevind dat u nie kan onthou wat die vorige aand gebeur het nie?	JA 2	NEE 0
2.3 Is u eggenoot, ouer of 'n ander naby familielid soms bekommerd of kla hulle oor u drinkgewoontes?	JA 1	NEE 0
2.4 Kan u maklik ophou drink na een of twee drankies?	JA 0	NEE 2
2.5 Voel u ooit skuldig oor u drinkgewoontes?	JA 1	NEE 0
2.6 Dink u vriende en familie dat u 'n normale drinker is?	JA 0	NEE 2

2.7 Probeer u ooit om u drankgebruik tot sekere tye van die dag of tot sekere plekke te beperk?	JA 2	NEE 0
2.8 Kan u maklik ophou drink wanneer u wil?	JA 0	NEE 2
2.9 Het u al ooit 'n vergadering van die AA of 'n soortgelyke vereniging bygewoon?	JA 5	NEE 0
2.10 Het u al ooit in 'n bakleiery beland wanneer u gedrink het?	JA 1	NEE 0
2.11 Het u drinkgewoontes al ooit probleme veroorsaak tussen u en u vrou/man, 'n ouer of ander naby familielid?	JA 2	NEE 0
2.12 Het u vrou/man, 'n ouer, of 'n naby familielid al ooit iemand genader vir hulp met u drinkery?	JA 2	NEE 0
2.13 Het u al ooit vriende of 'n spesiale vriend/vriendin verloor a.g.v. u drinkgewoontes?	JA 2	NEE 0
2.14 Het u al ooit by die werk probleme gekry a.g.v. u drinkgewoontes?	JA 2	NEE 0
2.15 Het u al ooit 'n betrekking verloor a.g.v. u drinkgewoontes?	JA 2	NEE 0
2.16 Het u al ooit u pligte, familie of u werk vir twee dae na mekaar verwaarloos omdat u gedrink het?	JA 2	NEE 0
2.17 Drink u dikwels voor middagete?	JA 1	NEE 0
2.18 Is daar al ooit aan u gesê dat u lewer moeilikheid of sirrose het?	JA 2	NEE 0
2.19 Het u al ooit DT's gehad, erg gebewe, stemmetjies gehoor of goed gesien wat nie regtig daar was nie, nadat u baie gedrink het?	JA 2	NEE 0
2.20 Het u al ooit na enigiemand gegaan vir hulp met u drinkgewoontes?	JA 5	NEE 0
2.21 Was u al ooit in 'n hospitaal omdat u gedrink het?	JA 5	NEE 0
2.22 Was u al ooit in 'n psigiatriese hospitaal of psigiatriese saal van 'n gewone hospitaal waar drank deel van die rede vir u opname was?	JA 2	NEE 0
2.23 Was u al ooit by 'n kliniek, dokter, maatskaplike werker of predikant vir emosionele hulp, waar drankmisbruik deel van die probleem was?	JA 2	NEE 0

2.24 Was u al ooit gearresteer vir bestuur onder die invloed van drank?	JA 2	NEE 0
2.25 Was u al ooit gearresteer, selfs net vir enkele ure, a.g.v. ander gedrag wat met drankmisbruik verband hou?	JA 2	NEE 0
PUNETOTAAL		

<u>KATEGORISERING</u>		
Punte	Beskrywing van Kategorie	Kategorie
0 - 4	Nie-alkoholis	
5 - 6	Moontlike alkoholprobleem	
7 - 9	Alkoholisme	
10 - 20	Matige alkoholisme	
20 - 55	Ernstige alkoholisme	

3. DRINKPATROON

3.1 Beskryf u drinkpatroon:

Daaglik:	
Slegs naweke:	
Sporadies: (<i>m.a.w. lang periodes van soberheid wat gevolg deur periodes van swaar drinkery.</i>)	
Ander:	

3.2 Watter tyd van die dag drink u?

Vroeg oggend	
Soggens	
Middae	
Saans	
Snags	
Heeldag	

3.3 Hoeveel drink u:

Volume per Dag	Bier	Wyn	Spirit
1 - 2 drankies (matig):			
3 - 4 drankies (swaar sosiaal):			
5 - 7 drankies:			
8 + drankies:			

Volume per Naweek	
Aantal Biere (340ml per bier)	
Hoeveelheid wyn (ml)	
Hoeveelheid spiritualieë (ml)	

Volume per Sporadiese Drinkessie	
Aantal Biere (340ml per bier)	
Hoeveelheid wyn (ml)	
Hoeveelheid spiritualieë (ml)	

3.4 Waar drink u?

Tuis	
Kroeg	
By vriende se huis	
Op straat	
Ander (Spesifiseer):.....	

3.5 Saam met wie drink u gewoonlik?

Alleen	
Man / Vrou	
Vriende	
Ander familie	
Ander (Spesifiseer):.....	

3.6 Gebruik u enige van die volgende middels?

Middel	Gebruik wel	Hoe dikwels	Hoeveelheid
Dagga			
Mandrax			
Ander:			

3.7 Vind u dat u tans méér moet drink om dieselfde effek te verkry?

JA / NEE

3.8 Hoe reageer u wanneer u gedrink het?

Raak kwaad / gewelddadig	
Raak onbeskof / gemeen	
Raak in argumente betrokke	
Raak vrolik / gelukkig	
Raak aan die slaap	
Ander (Meld):	

4. DRINKGESKIEDENIS

4.1 Hoe oud was u toe u die eerste maal alkohol gebruik het?	
4.2 Hoe oud was u toe u soveel begin drink het dat dit vir u probleme begin veroorsaak het?	

4.3 Watter van die onderstaande alkoholverwante siektes het u al ondervind?

Ontsteking van die Pankreas (Pankreatitis)	
Maagprobleme, bv. bloeding (Gastritis)	
Longprobleme (Aspirasie pneumonie)	
Lewerprobleme (Sirroze van die lewer)	
Geen van bogenoemde	

4.4 Is u al voorheen ernstig beseer terwyl u onder die invloed van alkohol was?

JA / NEE

Indien JA, gee besonderhede:

.....

.....

.....

4.5 Het alkoholgebruik direk bygedra tot u huidige brandwonde?

JA / NEE

Indien JA, beskryf hoe u gebrand het:

.....

.....

.....

.....

5. MOTIVERING

5.1 Beskou u uself as:

'n geheeiionthouer	
'n ligte sosiale drinker (geen probleme)	
'n matige sosiale drinker (geen probleme)	
'n swaar sosiale drinker (geen probleme)	
'n probleemdrinker	
'n alkoholis	

5.2 Waarom drink u?

Spanning te verlig	
Selfvertroue te gee	
Sosiaal te verkeer	
Ander te straf / "spite"	
Vir ontspanning	
Druk van familie / vriende	
Probleme te vergeet	
Ander (Meid):.....	

5.3 Is daar enige situasie (omstandighede) wat by u die hunkering na alkohol laat ontstaan?

.....

.....

5.4 Is daar enige gevoelens wat by u die hunkering na alkohol laat ontstaan?

.....

.....

5.5 Watter gevolge van alkoholgebruik, is vir u aangenaam?

.....

.....

5.6 Wat is vir u die mees negatiewe gevolge van u alkoholgebruik?

.....

.....

5.7 Het u probleme met die volgende aspekte in u lewe?
(1 = Geen probleem; 7 = Ernstige probleem)

Finansies	1	2	3	4	5	6	7
Behuising	1	2	3	4	5	6	7
Huwelik	1	2	3	4	5	6	7
Gesin	1	2	3	4	5	6	7
Probleme by werk	1	2	3	4	5	6	7
Werkloosheid	1	2	3	4	5	6	7
Gesondheid	1	2	3	4	5	6	7

5.8 Veroorsaak drank probleme met die volgende?

Finansies	
Behuising	
Huwelik	
Gesin	
Probleme by die werk	
Werkloosheid	
Gesondheid	

5.9 Hoeveel geld spandeer u per week aan drank? R.....

5.10 Wil u graag ophou drink? JA / NEE

Motiveer:.....
.....
.....

5.11 Wil u graag minder drink? JA / NEE

Motiveer:
.....
.....

5.12 Het die brandervaring enige verandering in u
gevoelens rondom u drankgebruik veroorsaak? JA / NEE

Indien JA, beskryf:
.....
.....

5.13 Het u dit al ooit oorweeg om behandeling vir u
alkoholprobleem te ontvang? JA / NEE

5.14 Het u al enige behandeling vir alkoholmisbruik
ontvang? JA / NEE

Indien wel, meld aard:
.....
.....

5.15 Is u bereid om behandeling vir u drankprobleem
ondergaan? JA / NEE

Indien JA, watter soort behandeling verkies u?

Binne-pasiënte	
Buite- pasiënte	

6. MAATSKAPLIKE AGTERGROND

6.1 Is u tevrede met uself?

Nooit	
Selde	
Soms	
Meestal	
Altyd	

6.2 Huwelikstatus:

Staat	Toepaslik	Hoe lank
Ongetroud		****
Getroud		
Geskei		
Saamleefverhouding		
Weduwee / Wewenaar		

6.3 Beskryf u huweliksverhouding:

Baie gelukkig	
Gelukkig	
Redelik gelukkig	
Ongelukkig	
Wil skei	

6.4 Wat is u man/vrou se houding teenoor u drankmisbruik?

Is baie ontevrede	
Is soms ontevrede	
Praat nie eintlik daaroor nie	
Gee glad nie om nie	
Drink self ook	

6.5 Het u kinders?

JA / NEE

Indien JA, meld:

Naam	Ouderdom	Status

6.6 Evalueer u verhouding met u kinders.

1 = Baie swak	2 = Swak	3 = Redelik	4 = Goed	5 = Baie goed
---------------	----------	-------------	----------	---------------

6.7 Behoort u aan 'n kerk?

JA / NEE

Indien JA, watter kerk:

6.8 Hoe gereeld woon u eredienste/byeenkomste van u kerk by?

Een maal per week	
Een maal elke tweede week	
Een maal per maand	
Minder as een maal per maand	
Nooit	

6.9 Hoe belangrik is godsdiens vir u?

Baie belangrik	
Taamlik belangrik	
Or.belangrik	

6.10 Wat is u hoogste opvoedkundige kwalifikasie?

.....

.....

6.11 Watter ander opleiding het u ontvang?

.....

.....

6.12 Wat is u werkstatus?

Permanente betrekking	
Tydelike betrekking	
Geleentheidswerker	
Huisvrou	
Werkloos	

6.13 Watter soort werk doen u?

.....

6.14 Wat doen u as u nie werk nie?

.....

6.15 Wat is u inkomste?

Self	R
Man/Vrou	R
Ander: Meid:	R

6.16 Beskryf u finansiële omstandighede:

Geen probleme	
Kan net in basiese behoeftes voorsien	
Ernstige probleme	

6.17 In watter tipe huis woon u?

Plakkershut	
Hokkie	
Kamer	
Woonstel	
Huurhuis	
Eie huis	

6.18 Wat dink die mense in u omgewing van iemand van drank misbruik of dagga rook?

Keur dit sterk af (Sien neer op die persoon)	
Keur dit af	
Staan neutraal (Dink dit is persoon se eie saak)	
Aanvaar dit as normaal	
Drink/rook meesal self ook	

6.19 Was u al ooit in die gevangenis?

JA / NEE

Indien JA, meld:

Aantal kere:

Periodes :

Redes :

.....

.....

BYLAAG B**VRAELYS OOR BEHANDELING
VAN ALKOHOLAFHANKLIKE PERSONE**

1. Beskryf die persone wat geskik is vir u behandelingsprogram ten opsigte van die volgende:

[Merk die toepaslike blokkie(-s)]

1.1 Inkomstegroepe:

Geen vaste inkomste	
Minder as R600 per maand	
R601 - R1000 per maand	
R1001 - R2000 per maand	
Meer as R2000 per maand	

1.2 Opvoedingspeil:

Geen skoolstiese opvoeding	
St 5 of hoër	
St 6 - 8	
St 8 - 10	
Naskoolse opleiding	

1.3 Beroepsgroepe:

Arbeiders	
Ambagslui, Verkoopslui en Klerklike beroepe	
Professionele beroepe	

1.4 Middel(-s) waarvan die persone afhanklik is:

Alkohol	
Dagga	
Beide Alkohol en Dagga	
Ander:	
Ander:	

1.5 Verdere Toelatingsvereistes:

[illegible]

1.6 Uitsluitingskriteria:

[illegible]

2. Wat is u doelstellingen met u behandelingsprogram?

[illegible]

3. Wat is u houding ten opzichte van *beheerde* alcoholgebruik als 'n doelstelling?

[illegible]

4. Wat is die tydperk van u behandelingsprogram?

.....
.....
.....
.....

5. Wat is die koste verbonde aan u behandelingsprogram?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Beskryf u behandelingsprogram so volledig moontlik ten opsigte van die volgende:

6.1 Teoretiese uitgangspunte:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6.2 Verskillende dissiplines betrokke by behandeling en die rol van elkeen:

Dokter:
.....
.....
.....

Verpleegpersoneel:
.....
.....
.....

Psigiater / Sielkundige:
.....
.....
.....

Maatskaplike Werker:
.....
.....
.....

Ander:

6.4 Groepwerk:

6.6 Gee 'n uiteensetting van die verskillende fases van u be-
handelingsprogram:

7. Tot watter mate word familie/huweliksmaat/gesin by die behandelingsprogram ingeskakel?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Beskryf kortliks u nasorgdienste.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Hoe suksesvol is u program?

.....

.....

.....

.....

.....

10. Enige ander relevante inligting wat u wil verstrek.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Aan wie kan verdere navrae gerig word, indien nodig?

11.1 Naam :

11.2 Adres :

11.3 Telefoonnommer :